**RAPPORT MEDICAL ETABLISSANT QUE LE PATIENT REPOND AUX CONDITIONS D'INTERVENTION DANS LE COUT DE PRESTATIONS DE REEDUCATION FONCTIONNELLE EFFECTUEES DANS LE CADRE DE LA CONVENTION DE REEDUCATION FONCTIONNELLE**.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT CONVENTIONNE |

Nom: Numéro d'identification:

Personne à contacter: Téléphone:

|  |
| --- |
| IDENTIFICATION DU PATIENT |

Nom et prénom du patient:

Date de naissance: Numéro de dossier I.N.A.M.I. (si connu) :

O.A.: références O.A.:

|  |
| --- |
| DONNEES MEDICALES LIEES A LA MALADIE OU AU TROUBLE CONCERNE |

Diagnostic:

Anamnèse chronologique précise:

Bilan fonctionnel:

|  |
| --- |
| REEDUCATION FONCTIONNELLE |

Description des besoins rééducationnels:

Objectifs de la rééducation:

Contenu du programme de rééducation prévu:

|  |
| --- |
| PRESTATIONS DE REEDUCATION FONCTIONNELLE POUR LESQUELLES UN ACCORD EST DEMANDE |

**INDICATION DE REEDUCATION** telle que prévue par l'article 3, § 2, de la convention conclue avec le service de rééducation

susmentionné :

 GROUPE **A2** ambulant - 773 791 hospitalisé - 773 802

 après la durée maximale prévue à l'art. 5, § 3 de la convention → - 773 614 - 773 625

|  |  |
| --- | --- |
| 2. paraplégie ou tétraplégie acquises | 3. lésions cérébrales causant des troubles neuromoteurs graves ou des troubles de la parole et du langage ou d'autres troubles neuropsychologiques graves. |

 GROUPE **A2BIS** ambulant - 773 776 hospitalisé - 773 780

 après la durée maximale prévue à l'art. 5, § 3 de la convention → - 773 614 - 773 625

|  |
| --- |
| 4. maladies évolutives chroniques du cerveau et/ou de la moëlle épinière, avec des séquelles motrices ou intellectuelles, durant la phase de rééducation intensive après une poussée |

 GROUPE **A4** ambulant - 773 732 hospitalisé - 773 743

|  |
| --- |
| 5. amputation d'un membre supérieur ou inférieur |

 GROUPE **B3** ambulant a) - 773 872 hospitalisé a) - 773 883

 b) - 773 754 b) - 773 765

 c) - 773 673 c) - 773 684

 après la durée maximale prévue à l'art. 5, § 3 de la convention - 773 614 - 773 625

|  |  |
| --- | --- |
| 6. - paralysie cérébrale | 8. - dysmélie ou phocomélie |
| 7. - affections congénitales de la colonne vertébrale et/ou de la moëlle épinière |

 GROUPE **B4** ambulant - 773 813 hospitalisé - 773 824

 après la durée maximale prévue à l'art. 5, § 3 de la convention → - 773 614 - 773 625

|  |  |
| --- | --- |
| 9. - myopathies: les dystrophies musculaires héréditaires progressives, la myopathie congéni­tale de Thomson et la polymyosite auto-immune | 11. - les troubles locomoteurs et psychologiques graves consécutifs à l'arthrite rhumatoïde au stade Steinbrocker III ou IV |
| 10. - la mucoviscidose | 12. - les troubles locomoteurs et psychologiques graves consécutifs à une spondylite avec atteinte périphérique au stade Steinbrocker III ou IV, éventuellement avec complications neurologiques |

**PERIODE DE REEDUCATION DEMANDEE:** du ....../....../...... au ....../....../......

**DATE DE DEBUT EFFECTIVE DE LA REEDUCATION** (à mentionner uniquement en cas de prolongation), soit dans l'établissement susmentionné, soit dans un autre établissement: …....../…....../…......

**NOMBRE DE SEANCES DE REEDUCATION PRESCRITES PAR SEMAINE** : ............. x par semaine

Le médecin prescripteur spécialiste en réadaptation fonctionnelle déclare que le patient concerné répond aux dispositions prévues par

l'article 3, §5 de la convention.

|  |
| --- |
| IDENTIFICATION DU MEDECIN PRESCRIPTEUR SPECIALISTE EN READAPTATION FONCTIONNELLE |

(nom + date + signature + numéro d'identification I.N.A.M.I.)