**FORMULAIRE B-Form-I-16**

**Formulaire pour obtenir une intervention de l’assurance obligatoire dans le coût du traitement de la douleur chronique par neurostimulateurs**

*(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d’imprimerie)*

***Identification de l’établissement hospitalier/médecin spécialiste***

Nom de l’établissement hospitalier : …………………………………………………………………

N° d’identification INAMI de l’établissement hospitalier : 710\_ \_ \_ \_ \_

Nom et prénom du médecin spécialiste responsable de l’implantation et N° INAMI: ………….

…………………………………………………………………………………………………………….

Adresse Email : ………………………………………………………………………………………..

Téléphone (secrétariat du service) : …………………………………………………………………

***Identification du coordinateur médicale du CMD coordonnant***

Nom et prénom du médecin spécialiste :…………………………………………………………….

Numéro INAMI du médecin spécialiste :……………………………………………………………..

***Identification du bénéficiaire***

Nom : ……………………………………………………………………………………………………

Prénom : ………………………………………………………………………………………………..

Numéro d’identification au Registre National : ……………………………………………………..

Date de naissance : …………………………………………………………………………………...

Sexe : ……………………………………………………………………………………………………

Organisme assureur et N°:…………………………………………………………………………

***Données à enregistrer au minimum dans le registre interactif***

Type d’implantation

* Première implantation
* Remplacement

Procédure de remplacement :

* Notification au médecin-conseil (après implantation)
* Demande à l’Organe National Consultatif (avant implantation)

Suivi du traitement après implantation

Données spécifiques :

**PREMIERE IMPLANTATION**

- Indication

- Date de l’implantation

- Type de neurostimulateur et/ou accessoires (nom + code d’identification)

- Type d’électrode (nom + code d’identification)

- Partie du corps

*- Les résultats du bilan médical avant la thérapie d’essai :*

* Antécédents médicaux et chirurgicaux ;
* Distribution anatomique de la douleur ;
* Evaluation nociceptive ;
* Démonstration que les douleurs du bénéficiaire sont réfractaires ;
* Intensité de la douleur (au moyen d’une Numeric Rating Scale - NRS) ;
* Eléments médicaux démontrent que le traitement d'entretien actuel résulte en une analgésie insuffisante et/ou un nombre trop important d'effets secondaires.

*- Les résultats du bilan psychologique avant la thérapie d’essai :*

* Présence éventuelle de red flags / yellow flags;
* Symptom checklist (SCL-90 revised);
* Pain Coping Inventory (PCI);
* Illness Attitude Scale (IAS);
* Attitude face à la réactivation ou la participation active au changement dans la situation de vie;
* Evaluation du statut fonctionnel (entre les 2 moments de consultation) :
* Ressenti de la douleur et activités en tenant un carnet de bord (NRS) ;
* Qualité du repos nocturne (NRS);
* Attitude face aux traitements médicaux, à la médication et à l'usage de médicaments (analgésiques) au moyen du score MQS.

*- Une éventuelle évaluation*

*- Les résultats d'une thérapie d'essai :*

* Douleur - présentation quotidienne de la douleur ressentie au repos et en mouvement (NRS) ;
* Mesure d’amélioration de l’état clinique du bénéficiaire au moyen du Global Perceived Effect (GPE-DV) ;
* Symptom Checklist (SCL-90 revised) ;
* Qualité du repos nocturne (NRS) ;
* Usage de médicaments (score MQS) ;
* Evaluation du statut fonctionnel du bénéficiaire, avec participation active au changement dans la situation de vie grâce à la fixation d'activités quotidiennes (au moyen de l'échelle de Katz et/ou la présentation télémétrique du niveau d'activité du bénéficiaire).

**REMPLACEMENT :**

- Indication

- Date de la première/précédente implantation + Centre

* Type de neurostimulateur et/ou accessoires (nom + code d’identification)
* Type d’électrode (nom + code d’identification)
* Partie du corps

- Raisons du remplacement

- Date du remplacement

- Type de neurostimulateur de remplacement et/ou accessoires (nom + code d’identification)

- Type d’électrode de remplacement (nom + code d’identification)

- Rapport médical examiné et validé par une concertation algologique multidisciplinaire (CAM)

- Conclusion argumentée de l’Organe National Consultatif (éventuel)

et

- Décision du médecin-conseil

**SUIVI DU TRAITEMENT :**

- Date

- Intensité de la douleur (NRS)

- Qualité du repos nocturne (NRS)

- Usage de médicaments (MQS score)

- Adaptation éventuelle du traitement

* Raisons