

CENTRES DE RÉFÉRENCE POUR PATIENTS SOUFFRANT DU SYNDROME DE FATIGUE CHRONIQUE (SFC):  
**LETTRE DE RENVOI STANDARDISÉE.**

Le médecin généraliste qui renvoie le patient, adresse la lettre de renvoi standardisée entièrement complétée au médecin interne d'un centre de référence SFC agréé.

Les centres de référence SFC peuvent seulement traiter des patients qui leur ont été envoyés par une lettre de renvoi standardisée **entièrement complétée.**

**Formulaire à remplir par le patient (1/5)**

▸ **DONNEES ADMINISTRATIVES DU PATIENT**



**NOM et prénom:**

**Date de naissance:**

**Sexe:** M / F

**Adresse:**

**Numéro de téléphone:**



**Conditions de logement** \* plusieurs options peuvent être d'application

J'habite avec ma famille d'origine. (celle-ci peut être tant votre famille d'origine naturelle qu'une famille adoptive ou des parents proches chez qui vous avez grandi)

J'habite dans une chambre d'étudiant(s).

Je vis seul.

J'habite avec :  mon partenaire;  mes enfants;  mes parents;  autre (expliquez):

Je séjourne dans un établissement.

Autres conditions de logement (expliquez):

Combien d'enfants avez-vous? Nombre: ...

Parmi eux, combien d'enfants résident tout le temps chez vous? Nombre: ... Quel âge ont ces enfants? Age: .....

Parmi eux, combien d'enfants résident chez vous partiellement? Nombre: ... Quel âge ont ces enfants? Age: .....

Etes-vous veuf ou veuve (ou avez-vous été veuf ou veuve ?) ?  oui -  non.

Avez-vous vécu un divorce?

Oui, un divorce de fait (tant pour des partenaires mariés que pour des partenaires cohabitants non mariés)

Oui, un divorce officiel (seulement pour des partenaires mariés)

Oui, autre (expliquez):

Non.

Offrez-vous actuellement pendant au moins **8 heures par semaine, à titre privé (non professionnel)** de l'aide ou des soins à des gens infirmes (personnes âgées, personnes souffrant d'une longue maladie, handicapés)? Dans votre réponse, vous ne pouvez pas tenir compte des soins normaux et de l'éducation donnés à des enfants sains, non-handicapés.

Non.

Oui, à une ou plusieurs personnes **de mon propre ménage**. Je fais cela depuis ... mois.

Oui, à une ou plusieurs personnes **ne faisant pas partie de mon propre ménage**. Je fais cela depuis ... mois.

\* Cocher ce qui est d'application.

CENTRES DE RÉFÉRENCE POUR PATIENTS SOUFFRANT DU SYNDROME DE FATIGUE CHRONIQUE (SFC):  
**LETTRE DE RENVOI STANDARDISÉE.**

**Formulaire à remplir par le patient (2/5)**

Dans le passé, avez-vous offert pendant au moins 8 heures par semaine, **à titre privé (non professionnel)** de l'aide ou des soins à des gens infirmes (personnes âgées, personnes souffrant d'une longue maladie, handicapés)? Dans votre réponse, vous ne pouvez pas tenir compte des soins normaux et de l'éducation donnés à des enfants sains, non-handicapés.

Non.

Oui, à une ou plusieurs personnes **de mon propre ménage**.  
*J'ai fait cela pendant ... mois. Je ne le fais plus depuis ... mois.*

Oui, à une ou plusieurs personnes **ne faisant pas partie de mon propre ménage**.  
*J'ai fait cela pendant ... mois. Je ne le fais plus depuis ... mois.*

**-Avez-vous de l'aide dans votre ménage de personne(s), salariée ou non salariée, qui n'habite(nt) pas chez vous?\***  Oui  non

**Formation et profession\***

**-niveau du diplôme**  enseignement primaire  enseignement secondaire inférieur  
**obtenu le plus élevé:**  enseignement secondaire supérieur  enseignement supérieur  université

**-Dans quel secteur d'activités professionnelles travaillez-vous, ou avez-vous travaillé en dernier lieu?** Plusieurs options peuvent être d'application

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Je n'ai jamais pratiqué une profession salariée.       | <input type="radio"/> Immobilier, location.             |
| <input type="radio"/> Agriculture, sylviculture, pêche.                      | <input type="radio"/> Services fournis aux entreprises. |
| <input type="radio"/> Industrie.   | <input type="radio"/> Services domestiques.             |
| <input type="radio"/> Bâtiment et génie civil.                               | <input type="radio"/> Administration publique.          |
| <input type="radio"/> Commerce (de gros ou de détail).                       | <input type="radio"/> Education, enseignement.          |
| <input type="radio"/> Réparation de biens (de consommation) ou de véhicules. | <input type="radio"/> Organismes internationaux.        |
| <input type="radio"/> Transport, entreposage, communication.                 | <input type="radio"/> Forces armées.                    |
| <input type="radio"/> Horeca.  | <input type="radio"/> Santé et action sociale.          |
| <input type="radio"/> Finances (banques, assurances).                        | <input type="radio"/> Autres services – décrivez ...    |

**-Quel est votre statut professionnel actuel?** Plusieurs options peuvent être d'application

- |  |  |   |  |   |
|--|--|---|--|---|
| Travaillant à plein temps⇒                   | <input type="radio"/> ouvrier/ouvrière | <input type="radio"/> employé(e)        | <input type="radio"/> indépendant(e)   | <input type="radio"/> fonctionnaire   |
| Travaillant à temps partiel⇒                 | <input type="radio"/> ouvrier/ouvrière | <input type="radio"/> employé(e)        | <input type="radio"/> indépendant(e)   | <input type="radio"/> fonctionnaire   |
| Incapable de travailler à charge⇒            | <input type="radio"/> de la mutualité  | <input type="radio"/> de l'assureur-loi | <input type="radio"/> du Ministère des Aff Sociales – Service allocations aux handicapés | <input type="radio"/> du Fonds pour des maladies professionnelles                 |
| <input type="radio"/> travail adapté         | <input type="radio"/> sans emploi      | <input type="radio"/> pensionné(e)      | <input type="radio"/> étudiant(e)  | <input type="radio"/> activités professionnelles non salariées (p. ex. le ménage) |
| <input type="radio"/> autres – expliquez ... |  |   |  |   |

**-Etes-vous actuellement impliqué dans une procédure de recours?\*** plusieurs options peuvent être d'application

non, ne pas de procédure de recours

Oui, procédure de recours contre⇒  la mutualité  l'INAMI  un assureur privé  Autres

CENTRES DE RÉFÉRENCE POUR PATIENTS SOUFFRANT DU SYNDROME DE FATIGUE CHRONIQUE (SFC):  
LETTRE DE RENVOI STANDARDISÉE.

**Formulaire à remplir par le patient (3/5)**

▸ **PROBLEMATIQUE ACTUELLE**

//

**-Plaintes:**

Plaintes principales	Depuis ...

**-Cause éventuelle des plaintes : ...**

**-Diagnostic(s) probable(s): ...**

**-Traitement** actuel ou antérieur des plaintes et le résultat de ce traitement:

Avez-vous déjà été traité pour votre SFC ?\*  oui  non

Veillez indiquer dans le tableau ci-après quels thérapeutes vous ont déjà traité pour votre SFC. Indiquez le nom de chaque thérapeute, précisez s'il vous suit encore à l'heure actuelle (vous remplissez 'actuel' ou 'passé'), et décrivez brièvement le résultat du traitement (p. ex. 'aucun effet', 'amélioration', ...)

<u>Spécialisation du thérapeute</u>	<u>Nom du ou des thérapeute(s)</u>	<u>Actuellement ou dans le passé ?</u>	<u>Résultat du traitement</u>
Interniste	- ...	- ...	- ...
Neurologue	- ...	- ...	- ...
Fysiothérapeute	- ...	- ...	- ...
Psychiatre	- ...	- ...	- ...
Médecin généraliste	- ...	- ...	- ...

\* Cochez ce qui est d'application.

**CENTRES DE RÉFÉRENCE POUR PATIENTS SOUFFRANT DU SYNDROME DE FATIGUE CHRONIQUE (SFC):  
LETTRE DE RENVOI STANDARDISÉE.**

**Formulaire à remplir par le patient (4/5)**

<u>Spécialisation du thérapeute</u>	<u>Nom du ou des thérapeute(s)</u>	<u>Actuellement ou dans le passé ?</u>	<u>Résultat du traitement</u>
Médecin parallèle	- ...	- ...	- ...
Psychologue	- ...	- ...	- ...
Kinésithérapeute	- ...	- ...	- ...
Diététicien	- ...	- ...	- ...
Osthéopate	- ...	- ...	- ...
Traitement multidisciplinaire (!)	- ...	- ...	- ...
Traitement multidisciplinaire (!) de tes plaintes de fatigue chronique par l'hôpital dans lequel le centre de référence SFC se trouve, et où tu voudrais être pris en charge.	- ...	- ...	- ...
●autres traitements ...			

! un traitement multidisciplinaire est un type de traitement où plusieurs thérapeutes avec différentes spécialisations (interniste, psychiatre, kinésithérapeute etc) traitent un patient en étroite concertation.



<b>Emploi du temps</b> (24 h)	Nombre d'heures de vrai sommeil Nombre d'heures que l'on est couché sans dormir Nombre d'heures que l'on est assis sans occupation active Nombre d'heures que l'on est assis et que l'on s'occupe activement Nombre d'heures que l'on est debout et actif		<u>Heures par jour</u>
<b>Activités journalières</b>	Activités ménagères	<u>Heures par jour</u>	<u>Quoi ?</u>
	Loisirs		
	Sport		
	Kinésithérapie		

**CENTRES DE RÉFÉRENCE POUR PATIENTS SOUFFRANT DU SYNDROME DE FATIGUE CHRONIQUE (SFC):  
LETTRE DE RENVOI STANDARDISÉE.**

**Formulaire à remplir par le patient (5/5)**

	Soins personnels (gymnastique médicale, « stretching », ...)		
	Travail		
Sommeil	Qualité du sommeil *	<input type="radio"/> très bonne <input type="radio"/> bonne <input type="radio"/> moyenne <input type="radio"/> mauvaise <input type="radio"/> très mauvaise	
	Difficultés à s'endormir *	<input type="radio"/> jamais <input type="radio"/> parfois <input type="radio"/> souvent <input type="radio"/> toujours	
	Problèmes de sommeil continu *	<input type="radio"/> jamais <input type="radio"/> parfois <input type="radio"/> souvent <input type="radio"/> toujours	
	Ne pas pouvoir s'endormir à cause de douleur *	<input type="radio"/> jamais <input type="radio"/> parfois <input type="radio"/> souvent <input type="radio"/> toujours	
	Sommeil durant la journée *	<input type="radio"/> jamais <input type="radio"/> parfois <input type="radio"/> souvent <input type="radio"/> toujours	

**► ANAMNESE MEDICALE**

**Problèmes médicaux rencontrés dans le passé (maladies, accidents, opérations, ...):**

...

**► USAGE DE SUBSTANCES**

Catégorie	Substance (spécifique)	Présent ou passé ?	Dose – Combien par jour ?
Médication			
Fumer			
Alcool			
Drogues			

**- Veuillez vérifier si vous avez entièrement complété le formulaire. Conformément à la convention conclue avec l'INAMI, les centres de référence SFC ne peuvent traiter que les gens qui leur ont été envoyés au moyen d'une lettre de renvoi standardisée entièrement complétée -**

Date:

Signature du patient:

La loi relative à la protection des données à caractère personnel du 8 décembre 1992 est d'application pour le traitement des données recueillies dans ce formulaire. Les données sont collectées sur base de la convention de rééducation SFC qui (en application de l'article 22, 6° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités) est conclue entre le Comité de l'assurance de l'INAMI et certains centres de référence SFC. Sur base de cette convention de rééducation, l'assurance maladie peut intervenir dans les frais des programmes de rééducation offerts par ces centres de référence SFC. Pour l'évaluation de votre demande de traitement, les données de ce formulaire seront traitées par le centre de référence SFC auquel votre médecin généraliste envoie ce formulaire. En outre, quelques données de ce formulaire seront traitées par votre mutualité et par l'INAMI afin de permettre, tant légalement qu'administrativement, une prise en charge par l'assurance maladie du programme de rééducation qui vous est offert par le centre de référence SFC. Finalement, quelques-unes de ces données seront traitées par le centre de référence SFC et l'INAMI afin de réaliser (comme prévu dans la convention de rééducation) à l'INAMI une étude d'évaluation anonyme du fonctionnement des centres de référence SFC. Par une simple demande (écrite), le texte de cette convention peut être obtenu à l'INAMI, Avenue de Tervuren 211, 1150 Bruxelles.

\* Cocher ce qui est d'application.

**CENTRES DE RÉFÉRENCE POUR PATIENTS SOUFFRANT DU SYNDROME DE FATIGUE CHRONIQUE (SFC):  
LETTRE DE RENVOI STANDARDISÉE.**

***Formulaire à remplir par le médecin généraliste (1/4)***

**▸ DONNEES ADMINISTRATIVES DU MEDECIN GENERALISTE**

**NOM et prénom:**

**Adresse:**

**Numéro de téléphone:**

**Numéro de fax:**

**Adresse e-mail:**

CENTRES DE RÉFÉRENCE POUR PATIENTS SOUFFRANT DU SYNDROME DE FATIGUE CHRONIQUE (SFC):  
LETTRE DE RENVOI STANDARDISÉE.

*Formulaire à remplir par le médecin généraliste (2/4)*

▸ **DONNEES MEDICALES DU PATIENT**

- **Anamnèse médicale** (antécédents pertinents):

...

- **Anamnèse familiale** (antécédents familiaux pertinents):

...

● Est-ce que quelqu'un de la famille d'origine du patient souffre probablement du SFC?

Si oui, qui? ...

● Est-ce que quelqu'un de la famille propre du patient souffre probablement du SFC?

Si oui, qui? ...

- **Plaintes principales actuelles**

Plaintes	Depuis ...

CENTRES DE RÉFÉRENCE POUR PATIENTS SOUFFRANT DU SYNDROME DE FATIGUE CHRONIQUE (SFC):  
**LETTRE DE RENVOI STANDARDISÉE.**

**Formulaire à remplir par le médecin généraliste (3/4)**

PRESENCE DES CRITERES FUKUDA POUR LE SYNDROME DE FATIGUE CHRONIQUE

*Cocher si d'application*

1. une fatigue cliniquement évaluée, inexpliquée, persistante ou récurrente, rapportée par le patient lui-même, et ce durant six mois d'affilée ou plus ; d'apparition récente ou dont le début est bien défini (dont le patient ne se plaint pas depuis toujours) ; qui n'est pas le résultat d'un effort constant ; sans amélioration significative par le repos et dont résulte une baisse sensible du précédent niveau d'activité professionnelle, scolaire, sociale ou personnelle ;	
2. la présence simultanée de manière persistante ou récurrente, durant six mois d'affilée ou plus de maladie, <b>d'au moins quatre</b> des symptômes suivants, symptômes non observés avant le début de la fatigue :	
-baisse de la mémoire à court terme ou de la concentration rapportée spontanément, baisse suffisamment significative pour diminuer de manière évidente le niveau antérieur des activités professionnelles, scolaires, sociales et personnelles ;	
-maux de gorge ;	
-ganglions cervicaux ou axillaires sensibles ;	
-douleurs musculaires ;	
-douleurs polyarticulaires sans gonflement ou rougeur ;	
-céphalées d'un nouveau type, forme ou gravité ;	
-sommeil non réparateur ;	
-sensation de malaise durant plus de 24 heures après un effort.	

PRESENCE DE CRITERES D'EXCLUSION

*Cocher si d'application*

1. toute affection médicale active qui pourrait expliquer la fatigue chronique ;	
2. toute affection médicale précédemment diagnostiquée, dont la disparition n'a pas été démontrée sans aucun doute clinique et dont la persistance pourrait expliquer la maladie provoquant la fatigue chronique ;	
3. tout diagnostic posé dans le passé ou actuellement, de dépression majeure avec connotation psychotique ou mélancolique, de troubles affectifs bipolaires, tout type de schizophrénie, tout trouble hallucinatoire, tous types de démence, d'anorexie nerveuse, de boulimie ;	
4. abus d'alcool ou d'autres substances psychoactives durant une période de deux ans avant l'apparition de la fatigue chronique ou depuis son apparition ;	
5. obésité majeure objectivée par un indice de masse corporel égal ou supérieur à 45.	

CENTRES DE RÉFÉRENCE POUR PATIENTS SOUFFRANT DU SYNDROME DE FATIGUE CHRONIQUE (SFC):  
LETTRE DE RENVOI STANDARDISÉE.

*Formulaire à remplir par le médecin généraliste (4/4)*

▸ **DONNEES CLINIQUES (constatations cliniques pertinentes )**

▸ **EXAMENS TECHNIQUES (résultats pertinents )**

**- Veuillez vérifier si vous avez entièrement complété le formulaire. Conformément à la convention conclue avec l'INAMI, les centres de référence SFC ne peuvent traiter que les gens qui leur ont été envoyés au moyen d'une lettre de renvoi standardisée entièrement complétée -**

Date:

Signature du médecin généraliste qui renvoie:

La loi relative à la protection des données à caractère personnel du 8 décembre 1992 est d'application pour le traitement des données recueillies dans ce formulaire. Les données sont collectées sur base de la convention de rééducation SFC qui (*en application de l'article 22, 6° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités*) est conclue entre le Comité de l'assurance de l'INAMI et certains centres de référence SFC. Sur base de cette convention de rééducation, l'assurance maladie peut intervenir dans les frais des programmes de rééducation offerts par ces centres de référence SFC. Pour l'évaluation de la demande de traitement, les données de ce formulaire seront traitées par le centre de référence SFC auquel vous – *étant le médecin généraliste qui adresse le patient* - envoie ce formulaire. En outre, quelques données de ce formulaire seront traitées par la mutualité et par l'INAMI afin de permettre, tant légalement qu'administrativement, une prise en charge par l'assurance maladie du programme de rééducation qui est offert à votre patient par le centre de référence SFC. Finalement, quelques-unes de ces données seront traitées par le centre de référence SFC et l'INAMI afin de réaliser (*comme prévu dans la convention de rééducation*) à l'INAMI une étude d'évaluation anonyme du fonctionnement des centres de référence SFC. Par une simple demande (écrite), le texte de cette convention peut être obtenu à l'INAMI, Avenue de Tervuren 211, 1150 Bruxelles.

---

♦ Prière de joindre les rapports et les résultats de tous les examens déjà effectués.