

Formulaire à remplir par le patient (1/5)

Lé médecin généraliste qui renvoie le patient, adresse la lettre de renvoi standardisée entièrement complétée au médecin pédiatre du centre de référence SFC de l'AZ VUB.

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

▸ **DONNEES ADMINISTRATIVES DU PATIENT**



NOM et prénom:

Date de naissance:

Sexe: M / F

Adresse:

Numéro de téléphone:

⚡ Situation familiale

- type de famille* : famille classique (les deux parents font partie de la famille) famille monoparentale (éducation commune des enfants par les parents divorcés)
- famille monoparentale (chez la mère) famille monoparentale (chez le père) Autres ...

-Combien de personnes vivent actuellement dans la même maison que toi, toi y compris ? Nombre de membres de la famille: ...

-Composition de la famille (*indique la composition de la famille avec laquelle tu vis la plupart du temps*): Indique avec qui tu habites. Précise le nombre et l'âge des personnes selon leur catégorie (de ton point de vue).

<u>Catégorie</u>	<u>Nombre</u>	<u>Age</u>	<u>Catégorie</u>	<u>Nombre</u>	<u>Age</u>
Père **	Fils du partenaire du père ou de la mère ***	...	...
Mère **	Fille du partenaire du père ou de la mère ***	...	...
Frère **	Demi-frère **	...	...
Sœur **	Demi-sœur **	...	...
Grand-père **	Frère adoptif ***	...	...
Grand-mère **	Sœur adoptive ***	...	...
Partenaire du père ***	Autres (qui?, âge?) ...		
Partenaire de la mère ***			

-As-tu des frères ou des soeurs qui ne vivent pas dans la même maison que toi? ... frères / ... soeurs

* cocher ce qui est d'application.

** parenté biologique

*** pas de parenté biologique

Formulaire à remplir par le patient (2/5)

Enseignement

-A quelle école vas-tu ? Nom, commune & code postale de ton école: ...

-Quel type d'enseignement suis-tu ?* Enseignement primaire - Enseignement secondaire

-Si tu es dans l'enseignement primaire :* Je suis l'enseignement primaire normal <input type="radio"/> 1 ^{ère} <input type="radio"/> 2 ^{ème} <input type="radio"/> 3 ^{ème} <input type="radio"/> 4 ^{ème} <input type="radio"/> 5 ^{ème} <input type="radio"/> 6 ^{ème} année	Je suis l'enseignement spécialisé <input type="radio"/>
---	---

-Si tu es dans l'enseignement secondaire :* Je suis en ... année.	<input type="radio"/> Enseignement général	<input type="radio"/> Enseignement technique	<input type="radio"/> Enseignement artistique
	<input type="radio"/> Enseignement professionnel	<input type="radio"/> Enseignement secondaire spécialisé	<input type="radio"/> Autre

-Quelle orientation suis-tu ? (*seulement si tu suis l'enseignement secondaire général*) ? (p. ex. latin-math, industrie, électro-mécanique, arts d'intérieur, ...) : ...

-As-tu suivi d'autres orientations *dans l'enseignement secondaire général*? oui non

Si oui, laquelle ou lesquelles? ...

-As-tu déjà eu des examens de repêchage ? oui non

Si oui, en quelle(s) année(s)?...

-As-tu dû doubler une ou plusieurs année(s)? oui non

Si oui, en quelle(s) année(s)?...

-As-tu déjà sauté une ou plusieurs année(s)? oui non

Si oui, la- ou laquelle(s)?...

-Combien de jours **complets** as-tu été absent de l'école au cours du dernier trimestre ? ...

- Combien de jours **incomplets** as-tu été absent de l'école au cours du dernier trimestre ? ...

-Depuis combien de jours n'es-tu plus allé(e) à l'école ? ...

▸ **PROBLEMATIQUE ACTUELLE**

⚡ -Plaintes:

Plainte(s) principale(s)	Depuis ...

* Cochez ce qui est d'application.

Formulaire à remplir par le patient (3/5)

-Selon toi, qu'est-ce qui est à l'origine de tes plaintes ? : ...

Traitement actuel ou antérieur des plaintes, et résultats de ce traitement:

As-tu déjà été traité pour ton SFC ?* oui non

Indiques dans le tableau ci-après quels thérapeutes t'ont déjà traité pour ton SFC. Indiques le nom de chaque thérapeute, s'il te suit encore à l'heure actuelle (tu remplis 'actuel' ou 'passé'), et tu décris 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>
Pédiatre	- ...	- ...	- ...
Interne	- ...	- ...	- ...
Neurologue	- ...	- ...	- ...
Physiothérapeute	- ...	- ...	- ...
Psychiatre	- ...	- ...	- ...
Médecin généraliste	- ...	- ...	- ...
Médecin parallèle	- ...	- ...	- ...
Psychologue	- ...	- ...	- ...
Kinésithérapeute	- ...	- ...	- ...
Diététicien	- ...	- ...	- ...
Osthéopate	- ...	- ...	- ...

* cocher ce qui est d'application.

Formulaire à remplir par le patient (4/5)

Spécialisation du thérapeute	Nom du ou des thérapeute(s)	Actuellement ou dans le passé ?	Résultat du traitement ?
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 (interne, psychiatre, kinésithérapeute, etc) traitent un patient en étroite concertation.

		Heures par jour
Emploi du temps (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 Nombres d'heures que l'on est debout et actif	

Activités journalières		Heures par semaine	Quoi ?
	Loisirs		
	Emploi – tâches ménagères		
	Sport		
	Association de jeunesse		
	Jouer		
	Ecole et devoirs à la maison	Heures par semaines	

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 contenu *	<input type="radio"/> jamais <input type="radio"/> parfois <input type="radio"/> souvent <input type="radio"/> toujours
	Ne pas pouvoir s'endormir à cause de la 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

* Cocher ce qui est d'application.

Formulaire à remplir par le patient (5/5)

▸ **ANAMNESE MEDICALE**

Problèmes médicaux rencontrés dans le passé (maladies, accidents, opérations, ...) ?
Quand ? Quelle durée ?

...

▸ **USAGE DE SUBSTANCES**

Catégorie	Substance (spécifique)	Présent ou passé ?	Dose – Combien par jour ?
Médicaments			
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 de l'ayant droit:

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.

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:

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

▸ **DONNEES MEDICALES DU PATIENT**

-Anamnèse médicale (antécédents pertinents):

...

- Anamnèse familiale (antécédents familiaux pertinents):

...

-Plaintes actuelles principales:

Plaintes	Depuis ...

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

Cocher si d'application

Une fatigue cliniquement évaluée, inexpliquée, persistante ou récurrente, rapportée par le patient lui-même, et ce durant six semaines d'affilée ou plus ; d'apparition récente ou dont le début est bien défini (don't 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'activités scolaires (au moins deux semaines d'absentéisme dans un terme de six semaines), sociales et personnelles ;	
La présence simultanée de manière persistante ou récurrente, durant six semaines d'affilée ou plus de maladie 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 scolaires, sociales et personnelles ;	
-maux de gorge;	
-ganglions cervicaux ou axillaire 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.	
Toute affection médicale active qui pourrait expliquer la fatigue chronique;	
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 ;	
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 ;	
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;	
Obésité majeure objectivée par un index de masse corporel égal ou supérieur à 45.	

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 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.