**FORMULAIRE B-Form-I-01**

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

1. **Première implantation[[1]](#footnote-1)**

***Demande pour obtenir une intervention de l’assurance obligatoire dans le coût du traitement de la douleur chronique par neurostimulateurs ou pompes pour lequel un accord du médecin-conseil est nécessaire***

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

* A envoyer au médecin-conseil

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

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

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

Noms et prénoms des médecins spécialistes et N° INAMI:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nom et prénom | Numéro INAMI |
| Neurochirurgien |  |  |
| Neurologue ouAnesthésiste |  |  |
| Neuropsychiatre oupsychiatre |  |  |

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

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

***Identification du bénéficiaire***

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

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

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

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

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

Organisme assureur : ………………………………………………………………………………..

* 1. ***Evaluation avant le traitement d’essai*** *(à remplir par un membre de l’équipe pluridisciplinaire et le bénéficiaire)*
		1. **Indication** *(précisez le type de douleur)*

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

* + 1. **Où se situe votre douleur actuellement ?**

Indiquez sur les schémas les parties du corps où vous avez mal; vous pouvez par ex. hachurer les zones douloureuses, marquer d'une croix l'endroit qui fait le plus mal, et/ou par une ou plusieurs lignes le(s) trajet(s) que suit la douleur :



* + 1. **Evaluez ici l'intensité de la douleur :** La ligne horizontale figure l'intensité de la douleur.
1. Indiquez par un trait sur la ligne ci-dessous où se situe l'intensité de votre douleur au moment présent :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Absence de douleur  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Douleur la plus intense imaginable |

1. Indiquez sur la ligne suivante la douleur la plus forte que vous ayez eue au cours de ces derniers jours :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Absence de douleur | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Douleur la plus intense imaginable |

1. Indiquez sur la ligne suivante la douleur la plus faible que vous ayez eue au cours de ces derniers jours :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Absence de douleur | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Douleur la plus intense imaginable |

1. Indiquez sur la ligne suivante l'intensité moyenne de votre douleur au cours de ces derniers jours :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Absence de douleur | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Douleur la plus intense imaginable |

* + 1. **Entourez le qualificatif qui s'applique le mieux, en moyenne, à la sévérité de votre douleur**

*Dans la mesure du possible, indiquez à droite le pourcentage du temps occupé par chaque degré d'intensité (au cours de 24 heures p. ex.) :*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Extrêmement intense** | \_\_\_\_\_\_ % |  |
|  | **Intense** | \_\_\_\_\_\_ % |  |
|  | **Forte** | \_\_\_\_\_\_ % |  |
|  | **Modérée** | \_\_\_\_\_\_ % |  |
|  | **Légère** | \_\_\_\_\_\_ % |  |
|  | **absente** | \_\_\_\_\_\_ % |  |
|  |  | **\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_** **100 %** |  |

* + 1. **Poids (du corps) :** ………… kg (seulement en cas de Pancréatite chronique)
		2. **Consommation de médicaments pour soulager la douleur (y compris les éventuels médicaments en cas de pancréatite chronique)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Médicaments* | *Dose par prise* | *Combien par jour* | *Combien de jours/semaine* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* + 1. **Dans quelle mesure les activités suivantes sont-elles possibles ? :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *ACTIVITE* | *sans difficultés* | *difficultés légères* | *difficultés modérées* | *grandes difficultés* | *impossible* |
| Porter une charge (environ 10 kg) |  |  |  |  |  |
| Rester assis une demi-heure |  |  |  |  |  |
| Marcher 500 mètres |  |  |  |  |  |
| Sortir seul du lit |  |  |  |  |  |
| S'habiller sans aide |  |  |  |  |  |
| Monter 10 marches d'escalier |  |  |  |  |  |
| Prendre seul un bain ou une douche |  |  |  |  |  |

* + 1. **Influence de la douleur sur vos activités habituelles, au cours de la semaine écoulée :** *marquez un trait sur la ligne horizontale*.
1. *Activités quotidiennes* : dans quelle mesure la douleur vous a-t-elle empêché d'avoir les activités usuelles, telles que : faire les courses, cuisiner, nettoyer... ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| aucune influence | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Influence majeure |

1. *Activités sociales :* dans quelle mesure la douleur vous a-t-elle empêché d'avoir des

 activités sociales telles que : sortie, spectacle, visite à des amis ... ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| aucune influence | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Influence majeure |

1. *Autonomie :* dans quelle mesure la douleur vous a-t-elle rendu(e) dépendant(e) des

 autres pour les tâches et activités usuelles, telles que préparer à manger, s'habiller ... ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| aucune influence | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Influence majeure |

1. *Loisirs, sport, détente, hobbies :*  dans quelle mesure la douleur vous a-t-elle empêché

 de vous consacrer à une activité qui vous fait plaisir ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| aucune influence | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Influence majeure |

1. *Repos :* combien de temps par jour gardez-vous le repos (au fauteuil ou au lit) à cause de la douleur ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| jamais | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | toute la journée |

* + 1. **Repos nocturne : encerclez le qualificatif qui vous correspond, dans chaque rubrique**
1. *Qualité du sommeil* : excellent

 bon

 satisfaisant

 mauvais

 très mauvais

1. *Difficulté d'endormissement :* jamais

 parfois

 souvent

 chaque nuit

1. *Etre réveillé par la douleur* : jamais

 certaines nuits

 la plupart des nuits

 chaque nuit

* + 1. **Situation socio-professionnelle :**

Quel est votre métier, votre activité : actuelle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 antérieure \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Travail : ❒ à temps plein ❒ à temps partiel

Situation actuelle : ❒ pas d'interruption d'activité

 ❒ reprise du travail depuis :

 ❒ en incapacité de travail depuis :

 ❒ en invalidité depuis :

 ❒ pensionné(e) depuis :

 ❒ au chômage depuis :

 ❒ autre :

Touchez-vous ❒ des indemnités de mutuelle ?

 ❒ des indemnités d'assurance ?

 ❒ des allocations de chômage ?

 ❒ une pension ?

* 1. ***Evaluation après le traitement d’essai*** *(à remplir par un membre de l’équipe pluridisciplinaire et le bénéficiaire)*
		1. **Essai du ……… /……………/………… au…………. /………../…………**
		2. **Encerclez sur les schémas les endroits où la douleur est changée et placez dans chaque cercle un chiffre de 0 à 5 correspondant à la grandeur du changement tel que indiqué dans la table** :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | = | pas de changement (0%) | 3 | = | bonne amélioration (entre 40 en 60%) |
| 1 | = | très légère amélioration (moins de 20%) | 4 | = | très bonne amélioration (entre 60 en 80%) |
| 2 | = | légère amélioration (entre 20 en 40%) | 5 | = | excellente amérioraton (plus de 80%) |



* + 1. **Evaluez ici l'intensité de la douleur.** la ligne horizontale figure l'intensité de la douleur
1. Indiquez par un trait sur la ligne ci-dessous où se situe l'intensité de votre douleur au moment présent :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Absence de douleur  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Douleur la plus intense imaginable |

1. Indiquez sur la ligne suivante la douleur la plus forte que vous ayez eue au cours de ces derniers jours :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Absence de douleur  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Douleur la plus intense imaginable |

1. Indiquez sur la ligne suivante la douleur la plus faible que vous ayez eue au cours de ces derniers jours :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Absence de douleur  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Douleur la plus intense imaginable |

1. Indiquez sur la ligne suivante l'intensité moyenne de votre douleur au cours de ces derniers jours :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Absence de douleur  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Douleur la plus intense imaginable |

* + 1. **Entourez le qualificatif qui s'applique le mieux, en moyenne, à la sévérité de votre douleur**

*Dans la mesure du possible, indiquez à droite le pourcentage du temps occupé par chaque degré d'intensité (au cours de 24 heures p. ex.) :*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Extrêmement intense** | \_\_\_\_\_\_ % |  |
|  | **Intense** | \_\_\_\_\_\_ % |  |
|  | **Forte** | \_\_\_\_\_\_ % |  |
|  | **Modérée** | \_\_\_\_\_\_ % |  |
|  | **Légère** | \_\_\_\_\_\_ % |  |
|  | **absente** | \_\_\_\_\_\_ % |  |
|  |  | **\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_** **100 %** |  |

* + 1. **Consommation de médicaments pour soulager la douleur**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Médicaments* | *Dose par prise* | *Combien par jour* | *Combien de jours/semaine* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* + 1. **Dans quelle mesure les activités suivantes sont-elles possibles ? :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *ACTIVITE* | *sans difficultés* | *difficultés légères* | *difficultés modérées* | *grandes difficultés* | *impossible* |
| Porter une charge (environ 10 kg) |  |  |  |  |  |
| Rester assis une demi-heure |  |  |  |  |  |
| Marcher 500 mètres |  |  |  |  |  |
| Sortir seul du lit |  |  |  |  |  |
| S'habiller sans aide |  |  |  |  |  |
| Monter 10 marches d'escalier |  |  |  |  |  |
| Prendre seul un bain ou une douche |  |  |  |  |  |

* + 1. **Influence de la douleur sur vos activités habituelles, au cours de la semaine écoulée :** *marquez un trait sur la ligne horizontale.*
1. *Activités quotidiennes :*  dans quelle mesure la douleur vous a-t-elle empâché d'avoir les activités usuelles, telles que : faire les courses, cuisiner, nettoyer... ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| aucune influence | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Influence majeure |

1. *Activités sociales :* dans quelle mesure la douleur vous a-t-elle empêché d'avoir des

 activités sociales telles que : sortie, spectacle, visite à des amis ... ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| aucune influence | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Influence majeure |

1. *Autonomie :* dans quelle mesure la douleur vous a-t-elle rendu(e) dépendant(e) des

 autres pour les tâches et activités usuelles, telles que préparer à manger, s'habiller ... ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| aucune influence | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Influence majeure |

1. *Loisirs, sport, détente, hobbies :*  dans quelle mesure la douleur vous a-t-elle empêché

 de vous consacrer à une activité qui vous fait plaisir ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| aucune influence | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Influence majeure |

1. *Repos :* combien de temps par jour gardez-vous le repos (au fauteuil ou au lit) à cause de la douleur ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| jamais | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | toute la journée |

* + 1. **Repos nocturne : encerclez le qualificatif qui vous correspond, dans chaque rubrique**
1. *Qualité du sommeil :*  excellent

 bon

 satisfaisant

 mauvais

 très mauvais

1. *Difficulté d'endormissement* : jamais

 parfois

 souvent

 chaque nuit

1. *Etre réveillé par la douleur* : jamais

 certaines nuits

 la plulart des nuits

 chaque nuit

* + 1. **Situation socio-professionnelle :**

Votre situation socio-professionnelle a-t-elle évoluée depuis le début du traitement d’essai ?

❒ Oui ❒ Non

Si oui, en quoi votre situation a-t-elle évoluée ?

……………………………………………………………………………………………………………

* 1. ***Résumé*** *(à remplir par un membre de l’équipe pluridisciplinaire)*
		1. **Intensité** **de la douleur**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | *Pré-évaluation* | *Post-évaluation* |
| Douleur-moment présent | /10 | /10 |
| Douleur la plus forte-derniers jours | /10 | /10 |
| Douleur la plus faible-derniers jours | /10 | /10 |
| Intensité moyenne | /10 | /10 |

* + 1. **Entourez le qualificatif qui s'applique le mieux, en moyenne, à la sévérité de votre douleur**

*Dans la mesure du possible, indiquez à droite le pourcentage du temps occupé par chaque degré d'intensité (au cours de 24 heures p. ex.)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | *Pré-évaluation* | *Post-évaluation* |
| Extrêmement intense | % | % |
| Intense | % | % |
| Forte | % | % |
| Modérée | % | % |
| Légère | % | % |
| Absente | % | % |

* + 1. **Dans quelle mesure les activités suivantes sont-elles possibles ? :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *ACTIVITE* | *Pré-évaluation* | *Post-évaluation* |
| Porter une charge (environ 10 kg) |  |  |
| Rester assis une demi-heure |  |  |
| Marcher 500 mètres |  |  |
| Sortir seul du lit |  |  |
| S'habiller sans aide |  |  |
| Monter 10 marches d'escalier |  |  |
| Prendre seul un bain ou une douche |  |  |

* + 1. **Influence de la douleur sur vos activités habituelles, au cours de la semaine écoulée**

*0= aucune influence de la douleur*

*1= dépendance complète de la douleur*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | *Pré-évaluation* | *Post-évaluation* |
| *Activités quotidiennes* |  |  |
| *Activités sociales* |  |  |
| *Autonomie* |  |  |
| *Loisirs, sport, détente, hobbies* |  |  |
| *Repos* |  |  |

* + 1. **Repos nocturne : encerclez le qualificatif qui vous correspond, dans chaque rubrique**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | *Pré-évaluation* | *Post-évaluation* |
| *Qualité du sommeil* | excellent bon satisfaisant mauvais très mauvais |  excellent bon satisfaisant mauvais très mauvais |
| *Difficulté d'endormissement* | jamais parfois souvent chaque nuit | jamais parfois souvent chaque nuit |
| *Etre réveillé par la douleur* | jamais certaines nuits la plupart des nuits chaque nuit | jamais certaines nuits la plupart des nuits chaque nuit |

* 1. ***Données concernant l’implant***
		1. **Code d’identification de l’implant :**…………………………..
		2. **Partie à compléter en cas de premier neurostimulateur rechargeable (prestation 151130-151141)**

A compléter pour les bénéficiaires nécessitant un niveau élevé de stimulation se traduisant par un seuil de stimulation d’une amplitude supérieure à 3,5V ou 4,7mA à l’issue de la phase test de stimulation

*Paramètres de stimulation à l’issue de la phase test :*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | CIBLE GAUCHE | CIBLE DROITE |
| Amplitude normale |       Volt |       Volt |
| Intensité |       Ampère |       Ampère |
| Fréquence |       Hz |       Hz |
| Durée d’impulsion |       µsec |       µsec |

* 1. ***Engagement***

Je déclare que les critères prévus à la condition de remboursement B§02 de la liste (indications et contre-indications), sont respectés chez le bénéficiaire susmentionné;

Établi à *(lieu)*  le *(date) .……../…………/………*

Nom, prénom, signature et cachet du médecin spécialiste :

1. **Remplacement**

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

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

* A envoyer au médecin-conseil

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

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

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

Noms et prénoms des médecins spécialistes et N° INAMI:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nom et prénom | Numéro INAMI |
| Neurochirurgien |  |  |
| Neurologue ouAnesthésiste |  |  |
| Neuropsychiatre oupsychiatre |  |  |

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

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

***Identification du bénéficiaire***

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

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

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

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

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

Organisme assureur : ………………………………………………………………………………..

***Rapport médical :***

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

***Raison du remplacement:***

* end of life
* infection
* autre, à spécifier:…………………………..
	1. ***Bénéficiaires nécessitant un niveau élevé de stimulation se traduisant par un seuil de stimulation d’une amplitude supérieure à 3,5V ou 4,7mA à l’issue de la phase test de stimulation***
		1. **Date de primo-implantation avec un rechargeable :**……../……../………
		2. **Code d’identification du neurostimulateur de remplacement :**

………………………………………………………………………………………………………

* 1. ***Pour les bénéficiaires chez qui un neurostimulateur prévu sous la prestation 151012-151023, 151034-151045, 151056-151060, 151071-1751082, 151093-151104, 151115-151126, 683093-683104 ou 715094-715105 a déjà été implanté et qui nécessitent un remplacement pour « end of life » dans les deux ans suivant l'implantation***
		1. **Traitement par neurostimulateur non-rechargeable :**
1. *Primo- implantation par un neurostimulateur non-rechargeable :*
* Date de primo-implantation : …………/……………/……………..
* Code d’identification du neurostimulateur implanté :

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

1. *Remplacement**par un neurostimulateur non-rechargeable  :*
* Date(s) de remplacement: …………/……………/……………..
* Code d’identification du neurostimulateur de remplacement implanté :

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

* + 1. **Traitement par neurostimulateur rechargeable**:
1. *Primo- implantation par un neurostimulateur rechargeable:*
* Date d’implantation du premier neurostimulateur rechargeable : …………/……………/……………
* Code d’identification du neurostimulateur de remplacement implanté :

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

1. *Remplacement* *par un neurostimulateur rechargeable*:
* Date(s) de remplacement : …………/……………/……………..
* Code d’identification du neurostimulateur de remplacement implanté

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

1. En cas de remplacement, veuillez vous référer au point 2, p. 13 [↑](#footnote-ref-1)