

**FORMULAIRE DE DEMANDE/ DE NOTIFICATION D'INTERRUPTION RELATIF À  
L'INTERVENTION DANS LES COÛTS POUR LA PRÉHABILITATION ET LA  
RÉHABILITATION AVANT ET APRES UNE TRANSPLANTATION ABDOMINALE**

À soumettre par le coordinateur du centre au médecin conseil de l'organisme assureur.

---

**IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE**

Nom – Prénom: .....

Rue et numéro: .....

Code postal et commune: .....

Numéro de registre national: .....

---

Apposer ici la vignette de l'organisme-assureur (facultatif).

---

**1. La demande concerne un parcours de soins de pré-réhabilitation et de réhabilitation :**

<input type="checkbox"/> PARCOURS DE SOINS 1 : FOIE, INTESTIN, PANCREAS, COMBINAISON :	<input type="checkbox"/> PARCOURS DE SOINS 2 : TRANSPLANTATION DE REIN
<input type="checkbox"/> PREHABILITATION	<input type="checkbox"/> PREHABILITATION
<input type="checkbox"/> REHABILITATION	<input type="checkbox"/> REHABILITATION

**2. Parcours de soins**

**2.1. Parcours de soins de préhabilitation 1 (foie, intestin, pancréas, combinaison):**

- Date d'activation sur la liste de transplantation : ..... / ..... / .....
- Date de la concertation de préhabilitation : ..... / ..... / .....
- Date de début de la période de préhabilitation ..... / ..... / .....

**2.2. Parcours de soins de réhabilitation 1 (foie, intestin, pancréas, combinaison)**

- Date de la transplantation : ..... / ..... / .....
- Date de la première concertation de réhabilitation : ..... / ..... / .....
- Date de sortie de l'hôpital (en cas d'admission après sortie de l'hôpital suite à une transplantation) : ..... / ..... / .....
- Date de début de la période de réhabilitation: ..... / ..... / .....

**2.3. Parcours de soins de préhabilitation 2 (rein)**

- Date d'activation sur la liste de transplantation : ..... / ..... / .....
- Date de la concertation de préhabilitation : ..... / ..... / .....
- Date de début de la période de préhabilitation ..... / ..... / .....
- Choix du centre organisateur:

- ❖  Centre de dialyse
- ❖  Centre de transplantation

#### **2.4. Parcours de soins de réhabilitation 2 (rein)**

- Date de la transplantation : ..... / ..... / .....
- Date de la première concertation de réhabilitation : ..... / ..... / .....
- Date de sortie de l'hôpital (en cas d'admission après sortie de l'hôpital suite à une transplantation) : ..... / ..... / .....
- Date de début de la période de réhabilitation: ..... / ..... / .....
- Choix du centre organisateur:
  - ❖  Centre de dialyse
  - ❖  Centre de transplantation

#### **3. En cas d'interruption d'un parcours de soins**

L'interruption débutera le ..... / ..... / .....

La raison de l'interruption :

- N'appartient plus au groupe cible
- Objectifs atteints
- Impossibilité ( physique,  psychologique,  organisationnelle,  autre)
- À la demande de bénéficiaire

BENEFICIAIRE:

Date :..... / ..... / .....

Signature

#### **MÉDECIN-CONSEIL DE L'ORGANISME ASSUREUR**

J'accuse réception de ce contrat conformément à la réglementation relative au parcours de soins de pré- ou réhabilitation.

Date de réception :..... / ..... / .....

Décision:

O Favorable :

- Pour le parcours de soins de préhabilitation 1 ou 2 : du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....
- Pour le parcours de soins de réhabilitation 1 ou 2 : du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....

O Défavorable : raison : .....

O Autre : raison : .....

Nom + Cachet

Date ..... / ..... / ..... et signature