

**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