

**ANNEXE 1 : FORMULAIRE DE DEMANDE / DE NOTIFICATION DE MODIFICATION OU D'INTERRUPTION  
RELATIF À L'INTERVENTION DANS LES COÛTS POUR LA PRÉ- ET RÉHABILITATION AVANT ET APRES  
UNE TRANSPLANTATION ABDOMINALE**

À compléter par le « coordinateur du trajet de soins – concertation de démarrage » et  
à soumettre au médecin-conseil de l'organisme assureur.

Une copie est remise par le « coordinateur du trajet de soins – concertation de démarrage » au bénéficiaire, au  
centre qui a effectué les évaluations et au centre organisateur du forfait annuel de (p)réhabilitation.

---

**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).

---

**IDENTIFICATION DU CENTRE DE TRANSPLANTATION**

Nom de l'établissement hospitalier: .....

N° d'identification INAMI de l'établissement hospitalier: .....

Adresse administrative de l'établissement hospitalier:.....

.....

---

**IDENTIFICATION DU « COORDINATEUR DU TRAJET DE SOINS – CONCERTATION DE DEMARRAGE »**

- NOM - Prénom .....

- Téléphone.....Email .....

---

**IDENTIFICATION DU CENTRE DE DIALYSE – TRAJET DE SOINS 2**

Nom de l'établissement hospitalier: .....

N° d'identification INAMI de l'établissement hospitalier: .....

Adresse administrative de l'établissement hospitalier:.....

.....

---

**1. La demande concerne un trajet de soins de pré- ou réhabilitation :**

<input type="checkbox"/> <b>TRAJET DE SOINS 1 : transplantation du foie, intestin, pancréas, ou multi-organes abdominaux :</b>	<input type="checkbox"/> PREHABILITATION	<input type="checkbox"/> REHABILITATION
<input type="checkbox"/> <b>TRAJET DE SOINS 2 : transplantation de rein :</b>	<input type="checkbox"/> PREHABILITATION	<input type="checkbox"/> REHABILITATION

**2. Trajets de soins**

**2.1. Trajet de soins 1 de préhabilitation (foie, intestin, pancréas, ou multi-organes abdominaux):**

- Date d'inscription sur la liste de transplantation : ..... / ..... / .....
- Date de la première concertation de préhabilitation : ..... / ..... / .....

**2.2. Trajet de soins 1 de réhabilitation (foie, intestin, pancréas, ou multi-organes abdominaux) :**

- Date de la transplantation : ..... / ..... / .....
- Date de la première concertation de réhabilitation : ..... / ..... / .....
- Date de début de la période de réhabilitation (date de sortie): ..... / ..... / .....

### 2.3. Trajet de soins de préhabilitation 2 (rein) :

- Date d'inscription sur la liste de transplantation : ..... / ..... / .....
- Evaluations (401015-401026) (\*) :  Centre de dialyse       Centre de transplantation
- Concertation de démarrage - préhabilitation (401634-401645) (\*) :
  - ❖ Date: ..... / ..... / .....
  - ❖  Centre de dialyse       Centre de transplantation
- Trajet de préhabilitation<sup>1</sup> (\*) :  Centre de dialyse       Centre de transplantation

### 2.4. Trajet de soins de réhabilitation 2 (rein) :

- Date de la transplantation : ..... / ..... / .....
- Concertation de démarrage-réhabilitation (401693-401704) : Date ..... / ..... / .....
- Date de sortie de l'hôpital après à la transplantation rénale : ..... / ..... / .....
- Trajet de réhabilitation<sup>2</sup> (\*) :  Centre de dialyse       Centre de transplantation

### 2.5. Changement de centre organisateur

- Date du changement : .../.../...
- Nom du nouveau centre organisateur : .....
- Motif du changement : .....

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

- L'interruption débutera le ..... / ..... / .....
- Le motif de l'interruption :  N'appartient plus au groupe cible  
 Objectifs atteints  
 Impossibilité ( physique,  psychologique,  organisationnelle,  autre)  
 À la demande de bénéficiaire
- Date de réactivation du trajet de soins suite à la suspension : ..... / ..... / .....

#### BENEFICIAIRE :

Je donne mon accord pour l'échange de données entre dispensateurs de soins de la convention et mon médecin généraliste, dans le cadre mon trajet de soins de (p)réhabilitation multidisciplinaire autour d'une transplantation abdominale.

Nom

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

Favorable pour :

- le trajet de soins de préhabilitation 1 ou 2 : à compter du ..... / ..... / ..... (automatique par année de traitement)
- le trajet de soins de réhabilitation 1 ou 2 : à compter du ..... / ..... / .....

Défavorable : raison : .....

Autre : raison : .....

Nom et Cachet

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

(\*) Veuillez cocher la case correspondant au centre qui réalise cette prestation.

<sup>1</sup> Au cours de la première année de traitement, ce centre organise les prestations 401671-, 401096- et evt 401052-. A partir de la deuxième année de traitement, ce centre organise les prestations 401015-401026, 401074-401085, 401656-401660, 401671-, 401096- et evt 401052-.

<sup>2</sup> Au cours de la première année de traitement, ce centre organise les prestations 401730-, 401214- et evt 401170-. A partir de la deuxième année de traitement, ce centre organise les prestations 401133-401144, 401192-401203, 401715-401726, 401730-, 401214- en evt 401170-.