DEMANDE / PROLONGATION STATUT PATHOLOGIE LOURDE

(Toutes les rubriques doivent être complétées)

Cochez la case adéquate

☐ **PREMIERE DEMANDE**

- ***justification d'un besoin intensif et de longue durée de kinésithérapie/physiothérapie*** *(conformément à l'article 7, § 3, alinéa 6, 2° et alinéa 7, 2°, de l'A.R. du 23 mars 1982)* ***:***

et

- ***confirmation du diagnostic de la pathologie lourde (figurant sur la liste E) par un médecin spécialiste*** *(conformément à l'article 7, § 3, alinéa 6,1° et alinéa 7,1° de l'A.R. du 23 mars 1982)* ***avec rapport joint à la demande :***
  - *il s'agit d'un médecin spécialiste au sens de l'article 10, §1, de la nomenclature des prestations de santé*
  - *en cas de polyarthrite chronique inflammatoire d'origine immunitaire (article 7, § 3, alinéa 2, 3°, h), de l'A.R. du 23 mars 1982), il doit s'agir du médecin spécialiste en rhumatologie, en médecine interne ou en pédiatrie*

☐ **PROLONGATION**

- ***justification d'un besoin intensif et de longue durée de kinésithérapie/physiothérapie*** *(conformément à l'article 7, § 3, alinéas 6, 2° et 7, 2°, de l'A.R. du 23 mars 1982)* ***:***
  - pour le lymphœdème (article 7, § 3, alinéa 2, 3°, k), de l'A.R. du 23 mars 1982) : démontrer que la réduction clinique de l'œdème reste maintenue uniquement par des prestations kinésithérapeutiques ou physiothérapeutiques (un nouvel examen lymphoscintigraphique n'est pas exigé)
- ***renouvellement de la confirmation du diagnostic par le médecin spécialiste non exigé***

IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE *(À remplir par le bénéficiaire* ***ou coller une vignette mutuelle***)

Nom et prénom du bénéficiaire :	Date de naissance :
Organisme assureur :	Adresse :
N° de Registre national :	

DIAGNOSTIC MÉDICAL *(À compléter par le médecin traitant)*

Diagnostic et justification médicale du besoin accru, intensif et de longue durée de kinésithérapie ou de physiothérapie : ……
……
……

CODE selon la liste à la fin de ce formulaire (obligatoire) : …….

Code(s) ICD-10 (obligatoire(s)): ……

Code(s) ICPC-2 (obligatoire(s)): ……

Date du début de l'affection :……/……/……..

DESCRIPTION *(À compléter par le médecin traitant avec la collaboration éventuelle du kinésithérapeute)*

PATHOLOGIE : □ **NON ÉVOLUTIVE** □ **ÉVOLUTIVE** □ **RÉSOLUTIVE**

Résultat fonctionnel visé et buts poursuivis :

Évaluation du besoin actuel de soins de kinésithérapie ou physiothérapie :

Fréquence : …… / semaine

Période proposée : ……

BILAN FONCTIONNEL / ÉTAT ACTUEL (*À compléter par le médecin traitant avec la collaboration éventuelle du kinésithérapeute)*

A)	Trouble(s) anatomique(s) et/ou fonctionnel(s)

Description :

Échelle ci-dessous à compléter si d'application ou joindre en annexe les résultats des tests standardisés

FORCE (échelle MRC, 0-5) :

AMPLITUDE (ROM) :

COORDINATION / ÉQUILIBRE : □ 0 – Pas de déficience □ 1 – Déficience légère

□ 2 – Déficience modérée □ 3 – Déficience sévère □ 4 – Déficience totale

AFFECTIONS RESPIRATOIRES :

LYMPHŒDÈME :

INFIRMITÉ MOTRICE CÉRÉBRALE (GMFCS score) : □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5

AUTRES (par ex. brûlures …) :

TROUBLES ASSOCIÉS (par ex. spasticité…) :

B)	**Limitations d'activités & Restrictions de participation** L'activité désigne l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne. Les limitations d'activité désignent les difficultés que rencontre une personne dans l'exécution d'activités. La participation désigne l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle. Les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer dans son implication dans une situation de vie réelle.

Description :

Joindre échelle standardisée en cas d'utilisation

AUTONOMIE : ☐ 0 – Pas de déficience ☐ 1 – Déficience légère

☐ 2 – Déficience modérée ☐ 3 – Déficience sévère ☐ 4 – Déficience totale

AUTRES :

C)	**Facteurs externes et personnels** Environnement physique et social pouvant agir comme *facteur favorable ou aggravant*. Facteurs personnels (tels que : âge, statut social, mode de vie, habitudes, formation, ….).

Description :

D)	**Résumé de la situation fonctionnelle**

E)	Concerne chaque demande de prolongation **Résumé du bilan fonctionnel précédent**

Durée de la période d'autorisation précédente : ……

Nombre de séances pendant cette période : ……

Fréquence moyenne de traitement par semaine durant cette période : ……

Bilan fonctionnel précédent :

TECHNIQUES / TRAITEMENT (*À compléter par le médecin traitant avec la collaboration éventuelle d'un kinésithérapeute)*

Traitement(s) kinésithérapeutique / physiothérapeutique en fonction du (des) but(s) du traitement :

Nous soussignés certifions l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus

Nom et prénom du kinésithérapeute *(obligatoire uniquement si le bilan fonctionnel ou une partie du bilan a été établi par le kinésithérapeute) :* N° INAMI (ou cachet) :	Date et signature :

Nom et prénom du médecin spécialiste : N° INAMI (ou cachet) :	Date et signature :

Nom et prénom du médecin traitant : N° INAMI (ou cachet) :	Date et signature :

Liste des situations pathologiques décrites à l'article 7, §3, 3°, b.

☐ CODE 01 **a) Paralysie périphérique étendue** :
- ☐ CODE 01.1 monoplégie,
- ☐ CODE 01.2 syndrome de Guillain Barré,
- ☐ CODE 01.3 polyneuropathie héréditaire (ex. Maladie de Charcot-Marie-Tooth).

☐ CODE 02 **b) Affections neurologiques centrales de caractère évolutif avec déficit moteur étendu :**
- ☐ CODE 02.1 sclérose en plaques
- ☐ CODE 02.2 maladie de Parkinson
- ☐ CODE 02.3 atrophies multisystématisées (toutes les formes)
- ☐ CODE 02.4 paralysie supranucléaire progressive, la dégénérescence corticobasale
- ☐ CODE 02.5 autres syndrômes classés sous les syndromes dits « Parkinson-Plus »
- ☐ CODE 02.6 maladie de Huntington
- ☐ CODE 02.7 sclérose latérale amyotrophique
- ☐ CODE 02.8 ataxie spinocérébellaire
- ☐ CODE 02.9 autre (à préciser): ……

☐ CODE 03 **c) Séquelles motrices étendues d'origine encéphalique ou médullaire :**
- ☐ CODE 03.1 infirmité motrice cérébrale "Cerebral Palsy"
- ☐ CODE 03.2 accident vasculaire cérébral
- ☐ CODE 03.3 paraplégie (-parésie), quadriplégie (-parésie) quelque soit l'étiologie
- ☐ CODE 03.4 spina bifida
- ☐ CODE 03.5 syndrome cérébelleux
- ☐ CODE 03.6 encéphalite infectieuse ou auto-immune
- ☐ CODE 03.7 autre (à préciser): ……

☐ CODE 04 **d) pendant la phase évolutive, éventuellement à la suite d'interventions correctrices:**
- ☐ CODE 04.1 séquelles de brûlures graves au niveau des membres et/ou du cou
- ☐ CODE 04.2 après une période d'admission dans un centre agrée de traitement des grands brûlés en raison de lésions mentionnées dans l'article 2 de l'AR du 19-03-2007

☐ CODE 05 **e) Perte fonctionnelle globale ou importante d'un membre**
- ☐ CODE 05.1 suite à une agénésie du membre ou à une dysmélie affectant l'anatomie de ses différents segments
- ☐ CODE 05.2 suite à une amputation, pendant la période d'adaptation de la prothèse
- ☐ CODE 05.3 post-traumatique, pendant la période évolutive

☐ CODE 06 **f) pied bot** varus équin chez l'enfant n'ayant pas atteint le jour anniversaire de ses 3 ans

☐ CODE 07 **g) dysfonction articulaire grave résultant :**
- ☐ CODE 07.1 hémophilie
- ☐ CODE 07.2 **maladies héréditaires du tissu conjonctif**
  - ☐ CODE 07.2.1 ostéogenèse imparfaite de type III et IV
  - ☐ CODE 07.2.2 syndrome d'Ehlers-Danlos de type hypermobile
  - ☐ CODE 07.2.3 chondrodysplasies,
  - ☐ CODE 07.2.4 syndrome de Marfan
- ☐ CODE 07.3 scoliose de 15° au moins d'angle de courbure (ou angle de Cobb) chez les bénéficiaires qui n'ont pas encore atteint la fin de leur croissance
- ☐ CODE 07.4 arthrogrypose congénitale multiple

☐ CODE 08 **h) troubles graves de la ou des fonctions articulaire(s),** qui sont le résultat d'une polyarthrite chronique inflammatoire d'origine immunitaire (selon les définitions acceptées par la Société Royale Belge de Rhumatologie)

- ☐ CODE 08.1 arthrite rhumatoïde
- ☐ CODE 08.2 spondyloarthropathies
- ☐ CODE 08.3 arthrite rhumatoïde juvénile
- ☐ CODE 08.4 lupus erythémateux
- ☐ CODE 08.5 sclérodermie,
- ☐ CODE 08.6 syndrome de Sjögren primaire

☐ CODE 09 **i) myopathies** :

- ☐ CODE 09.1 myopathies héréditaires évolutives (dont la dystrophie musculaire de Duchenne…)
- ☐ CODE 09.2 dystrophies myotoniques (dont la maladie de Steinert,…)
- ☐ CODE 09.3 myotonie congénitale (dont la maladie de Thomsen,…)
- ☐ CODE 09.4 polymyosite auto-immune

☐ CODE 10 **j) affections respiratoires** :

- ☐ CODE 10.1 mucoviscidose ou dyskinésie ciliaire bronchiale primaire objectivées
- ☐ CODE 10.2 bronchiectasies hyperproductives objectivées
- ☐ CODE 10.3 affections pulmonaires chroniques irréversibles obstructives ou restrictives avec des valeurs de volume expiratoire maximum-seconde inférieures ou égales à 60 % mesurées après dilatation et à un intervalle d'au moins 1 mois ; chez un enfant de moins de 7 ans, l'insuffisance respiratoire irréversible pourra être établie sur base d'un rapport motivé du spécialiste traitant
- ☐ CODE 10.4 infections pulmonaires récidivantes en cas d'immunodépression grave établie
- ☐ CODE 10.5 dysplasie broncho-pulmonaire avec oxygénodépendance de plus de 28 jours

☐ CODE 11 **k) lymphoedème**

- ☐ CODE 11.1 lymphoedème en cas d'atteinte unilatérale au niveau d'un membre (supérieur ou inférieur) pour un lymphoedème post-radiothérapeutique ou post-chirurgical
- ☐ CODE 11.2 autres types de lymphoedème

☐ CODE 12 **l) anomalie irréversible du système musculo-squelettique**, qui est la conséquence d'une affection rare, autrement dit dont la prévalence est inférieure à 5 pour 10.000 habitants

☐ CODE 13 **m) épidermolyse bulleuse** dans la forme dystrophique ou jonctionnelle