**FORMULAIRE I-Form-I-02**

**Données à enregistrer pour obtenir une intervention de l’assurance obligatoire dans le coût du remplacement des valves endobronchiques unidirectionnelles (180795-180806)**

*Veuillez remplir ce formulaire via le registre en ligne conformément aux conditions de remboursement.*

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

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

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

Nom et prénom du médecin spécialiste : ……………………………………………

N° INAMI du médecin spécialiste : ……………………………………………………

***Identification du bénéficiaire***

Nom : …………………………………………..…………………………………………

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

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

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

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

***Données à enregistrer au minimum dans le registre en ligne***

**Procédure**

* Date de la procédure
* Nombre de valves retirées
* Traitement avec des EBV (par lobe)
  + Type + nombre de valves (code d’identification)

**Hospitalisation**

* Date d’admission
* Date de sortie
* Complications
  + Nombre d’heures aux soins intensifs
  + Décès
    - Date de décès
  + Pneumothorax
    - Date de début
    - Date de fin
    - Traitement
  + Infection
  + Exacerbation aigüe BPCO
  + Réadmission ITE
    - Date de début
    - Date de fin
  + Nombre de valves migrées
  + Nombre de valves enlevées sans remplacement
    - Raison de l’enlèvement