**FORMULAIRE I-Form-I-03**

**Formulaire de suivi pour la prestation relatives aux 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***

**Données générales**

* Moment de suivi (3, 6, 12, 24 ou 36 mois après primo-implantation)
* Date de suivi

**Imagerie**

* TDM effectué depuis l’enregistrement précédent ?
	+ Date de TDM
	+ Résultat du traitement (Atélectasie ou pas)

**Résultats cliniques**

Spirométrie

* Capacité vitale forcée (CVP)
* Volume expiratoire maximal par seconde (VEMS)
* Volume résiduel (VR)
* Capacité pulmonaire totale (CPT)

Tolérance à l’effort et qualité de vie

* Test de marché de 6 minutes (6-MWT)
* Score mMRC
* Score SGRQ
* Score CAT
* Index BODE

**Complications depuis l’enregistrement précédent**

* Décès
	+ Date de décès
* Pneumothorax
	+ Date de début
	+ Date de fin
	+ Traitement
* Nombre d’infections
* Nombre d’exacerbations BPCO
* Nombre d’hospitalisations
* Utilisation chronique d’oxygène
* Nombre de valves migrées
* Nombre de valves enlevées sans remplacement
	+ Raison de l’enlèvement