**Annexe 98d**

**Formulaire de demande d’intervention dans le coût de prestations de logopédie**

**B6.4 - bégaiement**

(toutes les rubriques doivent être complétées)

***Les prescriptions médicales pour le bilan logopédique et pour le traitement logopédique doivent être jointes à ce formulaire lors de la demande d'accord.***

**Renseignements administratifs**

|  |  |
| --- | --- |
| **Identification du bénéficiaire**(à compléter ou coller une vignette) | **Identification du logopède** |
| Nom et prénom : Adresse : Date de naissance :Numéro National :  | Nom et prénom : Adresse : N° de téléphoneEmail : Numéro INAMI :  |

**Intervention des prestations logopédiques**

- Bilan initial

lieu :

date(s) :

- Traitement

à partir du :

lieu : [ ]  cabinet [ ]  domicile [ ]  école [ ]  hôpital

**Rapport logopédique**

***Anamnèse***

***Données du bilan logopédique***

[ ]  Tests et étalonnages utilisés *(nom, auteurs et date de publication)* :

* + …
	+ …

[ ]  Résultats :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tests | Epreuves | Résultats | Percentile/Ecart-type |
| Test de bégaiement (D) |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Test d’attitude de la parole\* (E) |  |  |  |
|  |  |  |  |

\* Obligatoire à partir de 10 ans

|  |  |
| --- | --- |
| Date et signature du logopède | Date et signature du bénéficiaire ou de son représentant légal/tuteur |
|  |  |

**Décision du médecin conseil**

|  |
| --- |
| Date de réception :Décision :[ ]  Accord du bilan logopédique[ ]  Accord du traitement logopédique[ ]  Refus du bilan logopédique[ ]  Refus du traitement logopédique[ ]  AutreDate et signature : |