

BIJLAGE B: Model van het formulier voor klinische beschrijving, functionele evaluatie en voorstel voor multidisciplinaire zorgstructuur:

Formulier voor klinische beschrijving, functionele evaluatie en voorstel voor multidisciplinaire zorgstructuur (§4680000 van de lijst gevoegd bij hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari 2018 voor de specialiteit op basis van rivastigmine pleisters voor transdermaal gebruik)

(Dit formulier moet worden bewaard door de arts die verantwoordelijk is voor de behandeling en moet ter beschikking worden gehouden van de adviserend-arts van de betrokken rechthebbende)

I – Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de V.I.):

--	--	--

II – Elementen met betrekking tot de klinische situatie van de rechthebbende:

De hierboven vermelde rechthebbende:

1. Lijdt aan een lichte tot matig ernstige vorm van de ziekte van Alzheimer, waarvan de diagnose klinisch werd gesteld volgens de DSM-IV-criteria.

2. Heeft de volgende resultaten behaald op de cognitieve testen:

MMSE of Mini Mental State Examination: score van 00/30 (**minstens 10**) op 00/00/00000 (Datum);

Als MMSE hoger is dan 24, bevestiging van de diagnose door:

het toepassen van aangepaste, gevalideerde en gestandaardiseerde neuropsychologische evaluaties uitgevoerd door professionelen deskundig in het domein van de neuropsychologie.

3. Lijdt niet aan een andere pathologie als oorzaak van de dementie, wat werd bevestigd op 00/00/00000 (Datum), door het volgende onderzoek:

CT-scan

MR onderzoek

III – Elementen met betrekking tot de geïntegreerde tenlastenname van de rechthebbende:

De hierboven vermelde rechthebbende:

Heeft een functionele analyse ondergaan :

	Evaluatie (initieel)	Herevaluatie (na 6 maanden terugbetaling)	Herevaluatie (na verlenging terugbetaling)	Herevaluatie (na verlenging terugbetaling)
Data	00/00/00000	00/00/00000	00/00/00000	00/00/00000
MMSE-score	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Basale ADL met Katz-schaal	<input type="checkbox"/>			
Instrumentele ADL met Lawton-schaal	<input type="checkbox"/>			
Global Deterioration Scale	<input type="checkbox"/>			
Schaal van gedragsstoornis (NPI-Q)	<input type="checkbox"/>			
Globale klinische evaluatie zoals CGI-C		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heeft een multidisciplinair voorstel voor verzorging en voor ondersteuning van de omgeving:

rechthebbende wordt thuis verzorgd:

1°) Voorstel voor multidisciplinaire zorgstructuur: Datum: 00/00/00000

.....

2°) Voorstel voor ondersteuning van de omgeving: Datum: / /

.....
.....
.....

Opname in verzorgingsinstelling: Datum: / /

1°) Type instelling:

2°) Naam en adres van de instelling:

.....
.....

3°) Voorstel voor multidisciplinaire zorgstructuur:

.....
.....

4°) Voorstel voor ondersteuning van de omgeving:

IV – Identificatie van de behandelende huisarts (naam, voornaam, adres):

(naam)

(voornaam)

(adres)

V – Identificatie en handtekening van de specialist zoals vermeld in punt a) 1. van §4680000 van de lijst gevoegd bij hoofdstuk IV van het K.B. van 01.02.2018):

Ik ondergetekende, arts-specialist

psychiater,

neuropsychiater,

internist-geriater,

geriater,

neuroloog,

bevestig de verschillende elementen die hierboven zijn vermeld.

Ik bevestig ook de verzending van een kopie van dit formulier aan de behandelend huisarts vermeld in punt V.

(naam)

(voornaam)

- - - (n° RIZIV)

/ / (datum)

(stempel)

.....

(handtekening van de arts)