

Annexe à l'arrêté royal du *** modifiant l'arrêté royal du 2 juin 1998 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour le matériel d'incontinence visé à l'article 34, 14° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

FORMULAIRE DE DEMANDE DE 'FORFAIT POUR INCONTINENCE'

(Forfait pour incontinence urinaire non traitable ou forfait pour incontinence pour personnes dépendantes)

Veuillez remplir le point 2 et vérifier si le point 3 doit être rempli, l'organisme assureur vérifie quel forfait peut être attribué.

Envoyez le document au médecin-conseil de l'organisme assureur dans les trois mois suivant la signature du document.

! Le forfait pour incontinence urinaire non traitable doit être demandé tous les trois ans.

! Le forfait pour incontinence pour personnes dépendantes doit être demandé chaque année.

1. Données d'identification du bénéficiaire:

Nom et prénom:

Numéro d'inscription à la sécurité sociale:

2. Forfait pour incontinence urinaire non traitable

(A compléter et introduire tous les trois ans)

A remplir par le médecin généraliste, urologue, gériatre, gynécologue ou pédiatre

1. *Evaluation de l'incontinence*

* *Anamnèse*

- *l'incontinence est continue* O
- *l'incontinence est intermittente* O
- *incontinence de stress* O
- *incontinence d'urgence* O
- *incontinence urinaire et fécale* O

* *Eléments objectifs*

> *Examen clinique à la recherche de*

- 1. *fécalome* O
- 2. *globe vésical* O
- 3. *hypertrophie prostatique* O
- 4. *prolapsus gynécologique* O
- 5. *hypotonie anale* O

> *Examen(s) technique(s):*

- *Urines* O

Examens spécialisés éventuels:

- *(avis urologique/gynécologique/gériatrique)* O

> *Facteurs intercurrents éventuels:*

- *certaines médicaments* O
- *facteurs environnementaux* O
- *démence avancée* O

> *Traitements :*

- *Médicament(s)* O
- *Kinésithérapie* O

2. Après exclusion des causes traitables d'incontinence et essai de traitement, l'incontinence s'est avérée non traitable.

C'est pourquoi, je demande au médecin-conseil pour

M./Mme..... l'octroi du forfait pour incontinence urinaire non traitable.

Cachet¹ et signature et du médecin

Date

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

3. Réserve au médecin-conseil de l'organisme assureur:

Je soussigné, , médecin-conseil, donne son accord pour le forfait pour incontinence urinaire non traitable pour 3 ans, à savoir jusqu'au .../.../.....

Signature du médecin-conseil

Date

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

3. Forfait pour incontinence pour personnes dépendantes

(A remplir et introduire chaque année!)

ATTENTION: Cette partie ne doit être remplie que si aucune traitement infirmier à domicile n'a été demandé par un praticien de l'art infirmier (appelé forfait B ou C).

1. Echelle

| Critère | Score | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--------------------------|-------|---|---|---|--|
| Se laver | | Est capable de se laver complètement sans aucune aide | A besoin d'une aide partielle pour se laver au dessus ou en dessous de la ceinture | A besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture | Doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture |
| S'habiller | | Est capable de s'habiller et se déshabiller complètement sans aucune aide | A besoin d'une aide partielle pour s'habiller au dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets) | A besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture | Doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture |
| Transfert et déplacement | | Est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers | Est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante, ...) | A absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements | Est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer |

¹ Doit indiquer le numéro d'identification INAMI, le nom et l'adresse du dispensateur de soins

| | | | | | |
|----------------------------|--|--|---|---|--|
| <i>Aller à la toilette</i> | | <i>Est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller ou de s'essuyer</i> | <i>A besoin d'aide pour un des trois items : se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer</i> | <i>A besoin d'aide pour deux des trois items : se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer</i> | <i>A besoin d'aide pour les trois items : se déplacer et s'habiller et s'essuyer</i> |
| <i>Continence</i> | | <i>Est continent pour les urines et les selles</i> | <i>Est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)</i> | <i>Est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles</i> | <i>Est incontinent pour les urines et les selles</i> |
| <i>Manger</i> | | <i>Est capable de manger et de boire seul</i> | <i>A besoin d'une aide préalable pour manger ou boire</i> | <i>A besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit</i> | <i>Le patient est totalement dépendant pour manger et boire</i> |

2. Périodicité (pour le forfait pour incontinence pour personnes dépendantes, condition min. 4 mois (non nécessairement successifs) dans les 12 mois précédant la demande)

Je confirme que cette échelle est valable pour une période de 4 mois (éventuellement interrompue) dans les 12 mois précédant la demande:

Je déclare que cette personne dépendante reçoit un soutien suffisant sans faire appel à des soins infirmiers à domicile, à savoir (par ex. aidant proche par la famille, etc.):

.....

Cachet² et signature du médecin

Date

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

3. Réservé au médecin-conseil de l'organisme assureur:

Forfait A / Forfait B / Forfait C

Score 3 ou 4 pour le critère 'incontinence' : oui/non

Je soussigné,, médecin-conseil, donne son accord pour le forfait pour incontinence pour personnes dépendantes pour 1 an, à partir du .../.../.....

Signature du médecin-conseil

Date

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Vu pour être annexé à notre arrêté du *** modifiant l'arrêté royal du 2 juin 1998 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour le matériel d'incontinence visé à l'article 34, 14° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

² Idem