

**Convention pour la rééducation de bénéficiaires
présentant une maladie chronique respiratoire grave**

Rapport Médical confirmant que l'intéressé répond aux critères de la convention

Identification du patient

Nom + Prénom:

Rue + N°:

Code postal + Commune:

Organisme Assureur:

CT1:

CT2:

N° Inscription:

N° Identification CHA:

Signature de l'ayant droit ou de son mandataire avec mention de la date:

**Réservé au Médecin
Contrôleur**

**Réservé au Collège des Médecins-
Directeurs**

-Date de réception du formulaire de demande en question:

- Décision:

favorable

Autre:

-Date de réception du formulaire de demande en question:

favorable

Autre:

Décision favorable

Autre:

INFORMATIONS SOCIALES ET MÉDICALES

Periode de prise en charge:

Anamnese et diagnostic (specifique des modalités therapeutiques prescrites et en concordance avec les critères de la convention):

EXAMENS TECHNIQUES PRÉVUS DANS LA CONVENTION:

	Mesuré	% prédit
VEMS	L	%
PI Max	mmHg	%
PE Max	mmHg	%
Force du Quadriceps	Nm	%
Test de Marche de 6 min	m	%
Puissance Max. (Vélo)	Watt	< 90 Watt
CRDQ Total	pt	< 100
CRDQ dyspnée	pt	< 20

* = répond aux critères fixés par la convention

Identification du réseau de revalidation:

Identification INAMI et signature du responsable médical du service conventionné:

Date: