**FORMULAIRE DE DEMANDE/ DE NOTIFICATION D’INTERRUPTION RELATIF À L’INTERVENTION DANS LES COÛTS POUR LA PRÉHABILITATION ET LA RÉHABILITATION AVANT ET APRES UNE TRANSPLANTATION ABDOMINALE**

À soumettre par le coordinateur du centre au médecin conseil de l’organisme assureur.

**IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE**

Nom – Prénom: ……………………………………………………………………………………………………

Rue et numéro: ……………………………………………………………………………………………………

Code postal et commune: ………………………………………………………………………………………..

Numéro de registre national: …………………………………………………………………………………….

Apposer ici la vignette de l’organisme-assureur (facultatif).

**À REMPLIR PAR COORDINATEUR DU TRAJET DE SOINS DU CENTRE**

Nom de l’établissement hospitalier: ……………………..…………………………………………………….

N° d'identification INAMI de l'établissement hospitalier: ……………………………………………….……

Administratief adres verplegingsinrichting: ………………………………………….………………………...

………………………………………….………………………......................................................................

Nom et prénom du coordinateur du trajet de soins: ………………………………………………………….

**1. La demande concerne un parcours de soins de pré-réhabilitation et de réhabilitation :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Parcours de soins 1 : foie, intestin, pancreas, combinaison** : | **parcours de soins 2 : transplantation de REIN** |
| Prehabilitation | Prehabilitation |
| Rehabilitation | Rehabilitation |

**2. Parcours de soins**

**2.1. Parcours de soins de préhabilitation 1 (foie, intestin, pancréas, combinaison):**

* Date d’activation sur la liste de transplantation : ….. / ….. / …..
* Date de la concertation de préhabilitation : ….. / ….. / …..
* Date de début de la période de préhabilitation ….. / ….. / …..

**2.2. Parcours de soins de réhabilitation 1 (foie, intestin, pancréas, combinaison)**

* Date de la transplantation : ….. / ….. / …..
* Date de la première concertation de réhabilitation : ….. / ….. / …..
* Date de sortie de l’hôpital (en cas d’admission après sortie de l’hôpital suite à une transplantation) : ….. / ….. / …..
* Date de début de la période de réhabilitation: ….. / ….. / …..

**2.3. Parcours de soins de préhabilitation 2 (rein)**

* Date d’activation sur la liste de transplantation : ….. / ….. / …..
* Date de la concertation de préhabilitation : ….. / ….. / …..
* Date de début de la période de préhabilitation ….. / ….. / …..
* Choix du centre organisateur: :  Centre de dialyse  Centre de transplantation

**2.4. Parcours de soins de réhabilitation 2 (rein)**

* Date de la transplantation : ….. / ….. / …..
* Date de la première concertation de réhabilitation : ….. / ….. / …..
* Date de sortie de l’hôpital (en cas d’admission après sortie de l’hôpital suite à une transplantation) : ….. / ….. / …..
* Date de début de la période de réhabilitation: ….. / ….. / …..
* Choix du centre organisateur: :  Centre de dialyse  Centre de transplantation

**3. En cas d’interruption d’un parcours de soins**

L’interruption débutera le ….. / ….. / …..

La raison de l’interruption :

* N’appartient plus au groupe cible
* Objectifs atteints
* Impossibilité ( physique,  psychologique,  organisationnelle,  autre)
* À la demande de bénéficiaire

|  |
| --- |
| BENEFICIAIRE:  Date :….. / ….. / …..  Signature |

|  |
| --- |
| **MÉDECIN-CONSEIL DE L'ORGANISME ASSUREUR**  J'accuse réception de ce contrat conformément à la réglementation relative au parcours de soins de pré- ou réhabilitation.  Date de réception :….. / ….. / …..  Décision:  O Favorable :   * Pour le parcours de soins de préhabilitation 1 ou 2 : du ….. / ….. / ….. au ….. / ….. / ….. * Pour le parcours de soins de réhabilitation 1 ou 2 : du ….. / ….. / ….. au ….. / ….. / …..   O Défavorable : raison : …………………………………………………………………………………………………  O Autre : raison : …………………………………………………………………………………………………………  Nom + Cachet Date ….. / ….. / ….. et signature |