

**BIJLAGE 1 BIJ DE REVALIDATIEOVEREENKOMST BETREFFENDE INSTELLEN EN VERDER  
OPVOLGEN VAN CHRONISCHE MECHANISCHE ADEMHALINGSONDERSTEUNING THUIS (AOT)**

Medisch verslag : vul de rubriek "IDENTIFICATIE" altijd in, evenals de rubrieken 1 en 4.  
Vul, bij een 1<sup>ste</sup> aanvraag, in rubriek 2 en, bij een aanvraag tot verlenging, in rubriek 3 en eventueel 2 het onderdeel (of de onderdelen) in die overeenstemmen met de voorgeschreven indicaties en techniek(en).

**IDENTIFICATIE VAN DE INRICHTING**

Identificatienummer: 7. . . .

Functionele eenheid binnen (benaming van de campus van het fusie)ziekenhuis

Adres van (de campus van het fusie)ziekenhuis:

Telefoon waarop de inrichting 24/24 u bereikbaar is:

**IDENTIFICATIE VAN DE PATIËNT**

Naam + voornaam :

Geslacht : M - V

Straat + nummer :

Postnummer + gemeente :

Geboortedatum :

Verzekeringsinstelling:

**1 - DE AANVRAAG BETREFT VOLGENDE TECHNIEK(EN) VAN AOT EN VOLGENDE PERIODE**

Periode  Techniek(en)		Bij 1 <sup>ste</sup> aanvraag		Bij verlenging			
		Van <sup>1</sup>	Tot <sup>1</sup>	Reeds toegekend		Nu gevraagd	
				Van <sup>1</sup>	Tot <sup>1</sup>	Van <sup>1</sup>	Tot <sup>1</sup>
<b>A</b>	Continue AOT						
<b>B</b>	Discontinue AOT						
<b>C1</b>	Posit. druk						
	Perit. neg. druk						
<b>C2</b>	Nachtelijke BiPAP						
<b>C2bis</b>	Discontinue BiPAP bij < 5 jarige						
<b>D<sup>2</sup></b>	I-Pulm. Percussie						
<b>E<sup>3</sup></b>	Trach. aspiratie						

**2 – BIJ 1<sup>ste</sup> AANVRAAG -CATEGORIE, DIAGNOSE EN OBJECTIEVE WAARDEN (cf. Art. 3 van de overeenkomst).****A – continue AOT**

De rechthebbende vertoont een restrictieve longaandoening van de volgende oorsprong :

pulmonaal     pleuraal     neurologisch     (neuro)-musculair     skeletaal

De rechthebbende vertoont een obstructieve longaandoening

De precieze diagnose is<sup>4</sup>:

<sup>1</sup> Datum telkens in de overeenstemmende vakjes invullen als dd.mm.jjjj (bvb. 01.11.2007)

<sup>2</sup> Eventueel samen met A, B, C1 of C2, C2bis, E

<sup>3</sup> Eventueel samen met A, B, C1 of C2, C2bis, D

De rechthebbende is getracheotomiseerd:

- ja  nee

De rechthebbende vertoont ook een obesity hypoventilation syndrome

- ja  nee BMI = .....kg/m<sup>2</sup>

Zo het niet gaat om een rechthebbende die aanvankelijk behoorde tot categorie B:

Bloedgaswaarden <sup>5</sup>		
	Onder AOT	< 1 u na AOT
SpO <sub>2</sub>	..... %	..... %
of		
PCO <sub>2</sub>	..... mmHg	..... mmHg

Zo het wel gaat om een rechthebbende die aanvankelijk behoorde tot categorie B:

Het aantal uren effectief gebruik van AOT per 24 u, zoals vastgesteld bij middel van de tellerstand bedraagt .....u.

### **B – discontinue AOT**

De rechthebbende vertoont alveolaire hypoventilatie door een restrictieve longaandoening van de volgende oorsprong :

- pulmonaal  pleuraal  neurologisch  (neuro)-musculair  skeletaal

De rechthebbende vertoont alveolaire hypoventilatie door een obstructieve longaandoening

De precieze diagnose is<sup>4</sup>:

De rechthebbende is getracheotomiseerd:

- ja  nee

De rechthebbende vertoont ook een obesity hypoventilation syndrome

- ja  nee BMI = .....kg/m<sup>2</sup>

Zo het niet gaat om een rechthebbende die aanvankelijk behoorde tot categorie C1 of C2:

Bloedgaswaarden <sup>5</sup>		
	Onder AOT	Overdag enkele u na AOT
SaO <sub>2</sub>	..... %	..... %
en/of		
PCO <sub>2</sub> overdag	..... mmHg	..... mmHg

Zo het wel gaat om een rechthebbende die aanvankelijk behoorde tot categorie C1 of C2:

Het aantal uren effectief gebruik van AOT per 24 u, zoals vastgesteld bij middel van de tellerstand bedraagt .....u.

<sup>4</sup> De precieze naam vermelden

<sup>5</sup> Altijd verplicht bij de eerste aanvraag van AOT, niet meer bij verlenging van de AOT in dezelfde categorie

**C1 (of C2bis & BiPAP) - Nachtelijke AOT door positieve druk of perithoracale negatieve druk**

- de rechthebbende heeft een centraal hypoventilatiesyndroom
  - vloek van Ondine
  - of verworven in het kader van  een neurologische aandoening
    - een neuromusculaire aandoening

De precieze diagnose is<sup>4</sup>:

- Met nagenoeg afwezig  hypoxisch ventilatoir antwoord  
 hypercapnisch ventilatoir antwoord

- ofwel heeft de rechthebbende een restrictieve aandoening van neuromusculaire oorsprong  
De precieze diagnose is<sup>4</sup>:

Bloedgaswaarden zonder AOT
ofwel PaCO <sub>2</sub> overdag = ..... mmHg <sup>5</sup>
ofwel nachtelijke SpO <sub>2</sub> ≤ 90 % gedurende minstens 5 opeenvolgende minuten: ... min <sup>5</sup>
nachtelijke PCO <sub>2</sub> ≥ 47 mmHg gedurende in totaal ..... uren van de tijd in bed <sup>5</sup>

of bij snel progressieve neuromusculaire aandoening...

Hij vertoont een vitale capaciteit ...		
	op <sup>1</sup>	waarden <sup>5</sup>
... bij 1 <sup>ste</sup> meting		..... L
... bij 2 <sup>de</sup> meting		..... L
of...		
...maximale inspiratoire druk	=	cm H <sub>2</sub> O <sup>5</sup>
...of vitale capaciteit	=	% voorspelde waarde <sup>5</sup>

- ofwel gaat om een rechthebbende die aanvankelijk behoorde tot categorie C2, a), met een restrictieve aandoening van de volgende oorsprong

- pulmonaal     pleuraal     skeletaal

De precieze diagnose is<sup>4</sup>:

De rechthebbende beantwoordt aan de criteria voor nachtelijke AOT door BiPAP (bij 1<sup>ste</sup> aanvraag: zie inlichtingen omtrent bloedgasen onder rubriek C2, a) en werd s'nachts beademd onder BiPAP van<sup>1</sup> tot<sup>1</sup>

Maar  hij verdraagt de BiPAP niet omwille van<sup>6</sup>

of

- de BiPAP leidde niet tot een substantiële correctie van de nachtelijke PCO<sub>2</sub>.

<sup>6</sup> Beschrijf de reden

**C2 - Nachtelijke AOT door BiPAP**

De rechthebbende behoort tot één van de volgende 2 groepen:

- ofwel patiënten met een restrictieve aandoening van de volgende oorsprong (= C2, a of C2bis)
  - pulmonaal     pleuraal     skeletaal
 De precieze diagnose is<sup>4</sup>:

De rechthebbende vertoont ook een obesity hypoventilation syndrome

- ja     nee    BMI = .....kg/m<sup>2</sup>  
zo BMI > 30, betrokkene vertoont al dan niet OSAS (cf PSG verricht op<sup>1</sup> .....)
- ja     nee

Bloedgaswaarden zonder AOT	
ofwel	PaCO <sub>2</sub> overdag = ..... mmHg <sup>5</sup>
ofwel	nachtelijke SpO <sub>2</sub> ≤ 90 % gedurende minstens 5 opeenvolgende minuten :.....min <sup>5</sup>
	nachtelijke PCO <sub>2</sub> ≥ 47 mmHg gedurende in totaal .....uren van de tijd in bed <sup>5</sup>

- ofwel patiënten met een obesity hypoventilation syndrome (= C2, b)

De rechthebbende

- werd reeds begeleid bij levenshygiëne en beweging door<sup>7</sup>:  
van<sup>1</sup> tot<sup>1</sup>
- en volgde reeds dieet begeleid door<sup>7</sup>:  
van<sup>1</sup> tot<sup>1</sup>
- heeft een BMI van .....kg/m<sup>2</sup>
- heeft een AHI van .....per u slaap
- heeft een FEV<sub>1</sub>/FVC van .....
- werd reeds minstens één keer gehospitaliseerd voor een episode van respiratoire insufficiëntie, van<sup>1</sup> tot<sup>1</sup>

Bloedgaswaarden zonder BiPAP <sup>5</sup>			
Ofwel	bij	1 <sup>ste</sup> meting	2 <sup>de</sup> meting
	Verricht op <sup>1</sup>		
	PaCO <sub>2</sub> overdag =	..... mmHg	..... mmHg
Ofwel	bij	1 <sup>ste</sup> PSG <sup>8</sup>	2 <sup>de</sup> PSG <sup>8</sup>
	Verricht op <sup>1</sup>		
	PCO <sub>2</sub>	..... mmHg	..... mmHg
	geregistreeerde effectieve slaap =	..... u .....min (= a)	..... u .....min (= a)
	SpO <sub>2</sub> < 88% gedurende =	..... u .....min	..... u .....min
	SpO <sub>2</sub> < 90% gedurende =	..... u .....min	..... u .....min
		=.....% van a	=.....% van a

Bloedgaswaarden bij PSG <sup>8</sup> onder BiPAP <sup>5</sup>	
	Verricht op <sup>1</sup>
u & min effectieve slaap =	..... u .....min (= a)
PCO <sub>2</sub> =	..... mmHg
of totaal u & min SpO <sub>2</sub> = ≤ 90% =	..... u .....min (=...% van a)

<sup>7</sup> Vermeld naam en kwalificatie van de persoon of instantie

<sup>8</sup> Tracés worden bewaard in het dossier van de rechthebbende

### **Bij eerste aanvragen voor alle rechthebbenden in de categorieën C1 en C2**

Bloedgaswaarden onder AOT op proef:

PaCO<sub>2</sub> overdag = ..... mm Hg

of

Nachtelijke continue transcutane PCO<sub>2</sub> = tussen .....mm Hg en .....mm Hg

Nachtelijke continue transcutane SpO<sub>2</sub> = tussen .....% en .....%

Of, bij invasieve AOT:

Nachtelijke end-tidal PCO<sub>2</sub> = tussen .....mm Hg en .....mm Hg

### **D. Intrapulmonale percussie**

De rechthebbende behoort tot één van de volgende 2 groepen:

- Patiënten met neuromusculaire aandoening en/of  hoge (C1 à C8) tetraplegie  
met maximale expiratoire druk = ..... cm H<sub>2</sub>O  
en  
met maximaal expiratoir debiet = ..... L/min
- Of rechthebbenden onder continue AOT, discontinue AOT of nachtelijke AOT  
met maximale expiratoire druk = ..... cm H<sub>2</sub>O  
en  
met maximaal expiratoir debiet = ..... L/min

### **E. Hoestaugmentatie of niet-invasieve tracheale aspiratie**

Rechthebbenden al dan niet onder AOT, met onvoldoende hoestcapaciteit en, ondanks alle andere nuttige maatregelen:

met maximaal expiratoir debiet = ..... L/min

dagelijkse aspiratie is nodig

- ja  nee

## **3 – BIJ VERLENGING (cf. Art. 4 van de overeenkomst).**

### **Categorie A**

Bondige beschrijving van bereiken van doelstellingen in afgelopen periode. Eventuele recente nieuwe meting van bloedgasen kan worden vermeld in rubriek 2, A.

### **Categorie B, C1 of C2**

Bij eerste verlenging minstens 1 waarde van een recente meting vermelden:

SpO<sub>2</sub> overdag = .....%

PCO<sub>2</sub> overdag = .....mm Hg

PO<sub>2</sub> overdag = .....mm Hg

Bondige beschrijving van bereiken van doelstellingen in afgelopen periode:

Bij elke volgende verlenging:

Facultatief: minstens 1 waarde van een recente meting vermelden

SpO<sub>2</sub> overdag = .....%

PCO<sub>2</sub> overdag = .....mm Hg

PO<sub>2</sub> overdag = .....mm Hg

Bondige beschrijving van bereiken van doelstellingen in afgelopen periode en, bij afwezigheid van recente meting van één van deze waarden ook uitdrukkelijk het motief vermelden:

#### 4 - REVALIDATIENETWERK

- Naam, voornaam, adres, telefoonnummer en RIZIV-identificatienummer (of eventueel stempel) van de huisarts betrokken bij het in de overeenkomst voorziene toezicht :

- Naam, voornaam, adres, telefoonnummer en RIZIV-identificatienummer (of eventueel stempel) van de verwijzende geneesheer specialist betrokken bij het in de overeenkomst voorziene toezicht :

---

**Naam, voornaam, R.I.Z.I.V.-identificatienummer (of eventueel stempel), met handtekening en datum, van de voorschrijvende geneesheer van de inrichting, die verklaart dat de rechthebbende voldoet aan alle voorwaarden voorzien bij overeenkomst, voor tegemoetkoming van de verplichte ziekteverzekering bij de aangevraagde AOT**