|  |
| --- |
| **DEMANDE D’INTERVENTION AU MEDECIN-CONSEIL DE L’ORGANISME ASSUREUR DANS LE COUT DU PROGRAMME D’AUTOGESTION DIABETIQUE POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS EN VUE D’UNE PROLONGATION UNIQUE D’UN AN DE L’INTERVENTION1**  |

**A REMPLIR PAR LE PARENT OU LE TUTEUR D’UN PATIENT DE MOINS DE 16 ANS QUI N’EST PAS SUIVI EGALEMENT CONJOINTEMENT PAR UN SERVICE HOSPITALIER SPECIALISE POUR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS DIABETIQUES**

 apposer vignette du bénéficiaire SVP

**Le/la sousigné/e**

|  |
| --- |
|  |

**………………………………………….. (nom et prénom)**

demande une prolongation unique d’une durée d’un an de l’intervention dans les coûts du programme prescrit à son enfant et s’engage à laisser suivre ce programme à son enfant.

Le service de diabétologie sousmentionné qui dispense le programme peut en principe à partir du 1er juillet 2016 seulement encore traiter des patients âgés de 16 ans ou plus. La prolongation unique qui est demandée ici doit permettre au patient et son parent ou tuteur de disposer du temps nécessaire pour s’adresser à un service spécialisé pour les enfants et les adolescents diabétiques dans lequel le patient pourra poursuivre le programme d’autogestion.

Date de la demande : ………../………/…………..

Signature du parent ou du tuteur :

(+ nom et prénom)

# A REMPLIR PAR LE SERVICE DE DIABETOLOGIE CONVENTIONNE POUR L’AUTOGESTION DU DIABETE

**Identification du service de diabétologie conventionné:**

Numéro: 7.86. . . . . . . Nom et adresse: ………………………………………………………..

 ………………………………………………………………………………

 Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :

 ………………………………………………………………………………

 ………………………………………………………………………………

Pour le bénéficiaire susmentionné, une prolongation de suivi dans le cadre de la convention par l’équipe de diabétologie multidisciplinaire est prescrite pour une durée de 1 an du ………./………/……….. au ………/………/………….. inclus.

Il s’agit d’une prolongation d’un programme en cours qui a été accordé sur base de la précédente convention d’autogestion diabète d’appication avant le 1er juillet 2016, dans le groupe suivant de la précédente convention 2: 1a / 1b / 2 / 3a / 3b.

Le bénéficiaire est seulement suivi dans le cadre du programme en cours par le service de diabétologie mentionné dans la présente rubrique et ce suivi n’est pas également réalisé de manière conjointe avec un service hospitalier spécialisé pour les enfants et les adolescents diabétiques.

Il s’agit ici d’une prolongation unique de 1 an pendant laquelle l’enfant ou l’adolescent n’entre en ligne de compte, pour déterminer sa glycémie, que pour le matériel via la méthode de piqûre au doigt pour réaliser cela.

1 Formulaire à employer à partir du 1er juillet 2016.

2 Entourez ce qui convient.

Ce bénéficiaire a effectué en moyenne durant la période écoulée d’autogestion diabétique ………. automesures de glycémie par mois.

**Dernière mesure de l’HBA1c effectuée**

 Date ………/………../………….. Valeur mesurée: …….,…….. (valeurs normales de référence - )

Nom, signature et date du **médecin responsable ou de l’endocrino-diabétologue de l'équipe de diabétologie conventionnée:**………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

Noms des **autres médecins** impliqués activement dans le traitement du diabète du bénéficiaire :

* Médecins-spécialistes : .…………………………………………………………………………………………….
* Médecins généralistes :…………………………………………………………………………………………….

# DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

 **Date de réception de la présente demande :** …………/…………../………….

**Décision du médecin-conseil 3:**

[ ]  Favorable pour le suivi du programme

[ ]  Défavorable pour le suivi du programme parce que : ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………….[ ]  Autre: ………………………………………………………………………………………………………………………….

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

**Identification et signature du médecin-conseil et date de la décision:**

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

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

3 Cochez ce qui convient.