**RAPPORT MEDICAL A AJOUTER AU FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION**

**DE L'ORGANISME ASSUREUR DANS LE COUT DU SUIVI PAR UN CENTRE DE REFERENCE VIH**

**A REMPLIR PAR LE CENTRE DE REFERENCE VIH**

1. **Identification du bénéficiaire :**

**Identification du bénéficiaire (à remplir si le bénéficiaire ne dispose pas d’une vignette délivrée par l’organisme assureur) ou coller une vignette**

Nom-Prénom : ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Numéro d’identification à la sécurité sociale belge (NISS ou numéro de registre national : ……………………………………………………………………………………..………………………………………..……………………………..

Date de naissance : …. /…. / ……..

1. **Données médicales relatives au bénéficiaire :**

Le médecin de l’équipe confirme que le bénéficiaire fait partie du groupe suivant (cochez la /les case(s) correspondante(s)) :

[ ]  Le bénéficiaire entre en ligne de compte pour **un forfait annuel de base** :

 [ ]  Porteur VIH faisant partie du groupe suivant :

 [ ]  bénéficiaire au sujet duquel le diagnostic vient d'être posé;

 [ ]  bénéficiaire chez qui l'observance de la thérapie est menacée;

 [ ]  bénéficiaire qui présente un risque de causer - soit à lui-même soit à des tiers - des dommages (évitables) ou qui présente un risque de décompensation psychiatrique;

 [ ]  bénéficiaire confronté à un problème scolaire, professionnel, familial ou affectif en rapport avec sa séropositivité;

 [ ]  toxicomane.

 [ ]  Bénéficiaire atteint du SIDA

 [ ]  Bénéficiaire porteur du VIH ou atteint du SIDA depuis plus de 10 ans qui, entre temps, est âgé de de 50 ans ou plus et qui présente des comorbidités liées à la maladie même ou aux effets secondaires de la prise de médicaments contre le VIH/SIDA pendant une très longue période

**ou**

[ ]  Le bénéficiaire entre en ligne de compte pour **un forfait annuel majoré** :

 [ ]  Femme enceinte porteuse du VIH ou atteinte du SIDA

 [ ]  Nourrisson né de mère séropositive, qui en est toujours au stade de l'incertitude diagnostique

 [ ]  Enfant séronégatif de moins de 4 ans né de mère séropositive pour lequel demeure toujours une inconnue quant aux effets secondaires éventuels des traitements antirétroviraux auxquels il a été exposé in utero

 [ ]  Enfant séropositif de moins de 18 ans

1. **Identification du Centre de référence VIH :**

Numéro d’identification : …………………………………………………..........................................................................

Nom et adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :

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

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

1. **Type de demande :**

La présente demande concerne :

[ ]  Une première demande

[ ]  Une demande de prolongation

1. **Dates des consultations médicales et des contacts en face à face avec les membres de l’équipe thérapeutique non médicale**

🡪 La consultation médicale a été réalisée par :

 [ ]  le médecin spécialiste en médecine interne du Centre de référence VIH

 [ ]  le médecin de base du Centre de référence VIH

 [ ]  le pédiatre du Centre de référence VIH

 Date de la consultation :  …./…./……..

A compléter en sus s’il s’agit d’un bénéficiaire en cas de grossesse :

 [ ]  le gynécologue

 Date de la consultation :  …./…./……..

 🡪 Contacts en face à face avec les membres de l’équipe thérapeutique non médicale[[1]](#footnote-1) :

* Date du premier contact avec l’équipe thérapeutique non médicale : …./…./……..

 La/les discipline(s) impliqué(es) par ce(s) contact(s) :

[ ]  infirmier [ ]  infirmier social [ ]  assistant social [ ]  diététicien [ ]  psychologue [ ]  sexologue

 Durée de(s) contact(s) avec cette/ces discipline(s) :………………………………………………..

* Date du deuxième contact avec l’équipe thérapeutique non médicale : …./…./……..

 La/les discipline(s) impliqué(es) par ce(s) contact(s) :

[ ]  infirmier [ ]  infirmier social [ ]  assistant social [ ]  diététicien [ ]  psychologue [ ]  sexologue

 Durée de(s) contact(s) avec cette/ces discipline(s) :………………………………………………..

* Date du troisième contact avec l’équipe thérapeutique non médicale  : …./…./……..

 La/les discipline(s) impliqué(es) par ce(s) contact(s) :

[ ]  infirmier [ ]  infirmier social [ ]  assistant social [ ]  diététicien [ ]  psychologue [ ]  sexologue

 Durée de(s) contact(s) avec cette/ces discipline(s) :………………………………………………..

* Date du quatrième contact avec l’équipe thérapeutique non médicale   : …./…./……..

 La/les discipline(s) impliqué(es) par ce(s) contact(s) :

[ ]  infirmier [ ]  infirmier social [ ]  assistant social [ ]  diététicien [ ]  psychologue [ ]  sexologue

 Durée de(s) contact(s) avec cette/ces discipline(s) :………………………………………………..

1. **Début et fin de la prise en charge demandée dans le cadre de la convention**

🡪 La date de début de la période de prise en charge dans le cadre de la convention est la suivante : …./…./……..

S’il s’agit ***d’une première demande*** : Par date de début, il est entendu la date du tout premier contact entre le patient et l’équipe du Centre (soit avec un médecin - en dehors des gynécologues - soit avec un membre de l’équipe thérapeutique non médicale) s’il s’agit d’un nouveau patient. Cette date de début est considérée comme **la date de début originale** qui sera prise en considération pour les demandes d’intervention ultérieures. La date la plus vieille mentionnée dans ce formulaire pour les dates des contacts ou consultations (en dehors des consultations avec le gynécologue) sera donc prise comme base pour fixer la date du début originale de la période de prise en charge.

S’il s’agit ***d’une demande de prolongation*** : Par date de début, il y a lieu d’entendre la date de début originale qui a été fixée antérieurement + 1 ans ou + 2 ans ou + 3 ans, etc.

🡪 La date de fin de la période de prise en charge dans le cadre de la convention est la suivante :

…./…./……..

La date de fin de la période de prise en charge est fixée au jour X-1 du mois qui fixe le début de la prise en charge **originale** + 1 ans ou + 2 ans ou + 3 ans, etc.

Les dates de la / des consultation(s) médicale(s) et des contacts en face avec l’équipe du Centre de référence VIH mentionnées sous V doivent être comprises dans cette période de prise en charge.

Nom, date et signature du **médecin de l'équipe conventionnée:**

Nom : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Date : …./…./……..

Signature :

1. Dans le cas où, pour atteindre la durée minimum exigée des contacts sur base des dispositions conventionnelle avec les membres de l’équipe thérapeutique non médicale, il doit être mentionné plus de 4 contacts, il y a lieu d’annexer au présent rapport médical un document qui contient toutes les données nécessaires permettant de démontrer que le bénéficiaire a bien bénéficié des heures de contacts exigées. La discipline et la durée des contacts doivent également être mentionnées dans ce document. [↑](#footnote-ref-1)