

Annexe à l'arrêté royal du 28 décembre 2020 modifiant l'arrêté royal du 2 juin 1998 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour le matériel d'incontinence visé à l'article 34, 14° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

ATTESTATION DE DEMANDE DE « FORFAIT POUR INCONTINENCE »

(Forfait pour incontinence urinaire non traitable ou forfait pour incontinence pour personnes dépendantes)

Veillez remplir le point 2 et vérifier si le point 3 doit être rempli, l'organisme assureur vérifie quel forfait peut être attribué.

Envoyez le document au médecin-conseil de l'organisme assureur dans les trois mois suivant la signature du document.

! Le forfait pour incontinence urinaire non traitable doit être demandé tous les trois ans.

! Le forfait pour incontinence pour personnes dépendantes doit être demandé chaque année.

1. Données d'identification du bénéficiaire:

Nom et prénom:

Numéro d'inscription à la sécurité sociale:

2. Forfait pour incontinence urinaire non traitable

(A compléter et introduire tous les trois ans)

A remplir par le médecin généraliste, urologue, gériatre, gynécologue ou pédiatre

2.1. Evaluation de l'incontinence

* Anamnèse

- l'incontinence est continue
- l'incontinence est intermittente
- incontinence de stress
- incontinence d'urgence
- incontinence urinaire et fécale

* Eléments objectifs

- > Examen clinique à la recherche de
 - fécalome
 - globe vésical
 - hypertrophie prostatique
 - prolapsus gynécologique
 - hypotonie anale
- > Examen(s) technique(s):
 - Urines
- Examens spécialisés éventuels:
 - (avis urologique/gynécologique/gériatrique)
- > Facteurs intercurrents éventuels:
 - certains médicaments
 - facteurs environnementaux
 - démence avancée
- > Traitements :
 - Médicament(s)
 - Kinésithérapie
 - Chirurgie

2.2. Après exclusion des causes traitables d'incontinence et essai de traitement, l'incontinence s'est avérée non traitable.

C'est pourquoi, je demande au médecin-conseil pour M./Mme.....
l'octroi du forfait pour incontinence urinaire non traitable.

Cachet¹ et signature et du médecin

Date

--	--

2.3. Réserve au médecin-conseil de l'organisme assureur:

Je soussigné,, médecin-conseil, donne son accord pour le forfait pour incontinence urinaire non traitable pour 3 ans, à savoir jusqu'au .../.../.....

Signature du médecin-conseil

Date

--	--

3. Forfait pour incontinence pour personnes dépendantes
(A remplir et introduire chaque année!)

ATTENTION: Cette partie ne doit être remplie que si aucune traitement infirmier à domicile n'a été demandé par un praticien de l'art infirmier (appelé forfait B ou C).

3.1. Echelle

Critère	Score	1	2	3	4
Se laver		Est capable de se laver complètement sans aucune aide	A besoin d'une aide partielle pour se laver au dessus ou en dessous de la ceinture	A besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture	Doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture
S'habiller		Est capable de s'habiller et se déshabiller complètement sans aucune aide	A besoin d'une aide partielle pour s'habiller au dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)	A besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture	Doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture

¹ Doit indiquer le numéro d'identification INAMI, le nom et l'adresse du dispensateur de soins.

<i>Transfert et déplacement</i>		<i>Est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers</i>	<i>Est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante, ...)</i>	<i>A absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements</i>	<i>Est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer</i>
<i>Aller à la toilette</i>		<i>Est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller ou de s'essuyer</i>	<i>A besoin d'aide pour un des trois items : se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer</i>	<i>A besoin d'aide pour deux des trois items : se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer</i>	<i>A besoin d'aide pour les trois items : se déplacer et s'habiller et s'essuyer</i>
<i>Continence</i>		<i>Est continent pour les urines et les selles</i>	<i>Est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)</i>	<i>Est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles</i>	<i>Est incontinent pour les urines et les selles</i>
<i>Manger</i>		<i>Est capable de manger et de boire seul</i>	<i>A besoin d'une aide préalable pour manger ou boire</i>	<i>A besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit</i>	<i>Le patient est totalement dépendant pour manger et boire</i>

3.2. Périodicité (pour le forfait pour incontinence pour personnes dépendantes, condition min. 4 mois (non nécessairement successifs) dans les 12 mois précédant la demande)

Je confirme que cette échelle est valable pour une période de 4 mois (éventuellement interrompue) dans les 12 mois précédant la demande:

Je déclare que cette personne dépendante reçoit un soutien suffisant sans faire appel à des soins infirmiers à domicile, à savoir (par ex. aidant proche par la famille, etc.):

.....

Cachet² et signature du médecin

Date

--	--

3.3. Réserve au médecin-conseil de l'organisme assureur:

Forfait A / Forfait B / Forfait C

² Doit indiquer le numéro d'identification INAMI, le nom et l'adresse du dispensateur de soins.

Score 3 ou 4 pour le critère 'incontinence' : oui/non

Je soussigné, , médecin-conseil, donne son accord pour le forfait pour incontinence pour personnes dépendantes pour 1 an, à partir du/...../.....

Signature du médecin-conseil

Date

--	--

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 28 décembre 2020 modifiant l'arrêté royal du 2 juin 1998 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour le matériel d'incontinence visé à l'article 34, 14° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

PHILIPPE

PAR LE ROI :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

F. VANDENBROUCKE