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)

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

** Eléments objectifs*

> Examen clinique à la recherche de

- fécalome	O
- globe vésical	O
- hypertrophie prostatique	O
- prolapsus gynécologique	O
- hypotonie anale	O

> Examen(s) technique(s):

- Urines	O

Examens spécialisés éventuels:

- (avis urologique/gynécologique/gériatrique)	O

> Facteurs intercurrents éventuels:

- certains médicaments	O
- facteurs environnementaux	O
- démence avancée	O

> Traitements :

- Médicament(s)	O
- Kinésithérapie	O
- Chirurgie	O

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.

Cachet[1] et signature et du médecin	*Date*

2.3. Réservé 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. <u>Forfait pour incontinence pour personnes dépendantes</u>
(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.

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

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.):

……..

Cachet[2] et signature du médecin *Date*

3.3. Réservé 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