

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2006 — 3342

[C — 2006/22878]

24 JULI 2006. — Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering,

Gelet op de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 6, § 1, 1°, artikel 15, § 4 en artikel 16, § 3;

Gelet op het voorstel van de Technische Geneeskundige Raad, geformuleerd op 30 mei 2006;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 24 juli 2006,

Besluit :

**Artikel 1.** De bijlage 55 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt vervangen door de bijlage 55 die bij deze verordening gaat.

**Art. 2.** Deze verordening treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Brussel, 24 juli 2006.

De Leidend Ambtenaar,

H. DE RIDDER.

De Voorzitter,

D. SAUER.

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

F. 2006 — 3342

[C — 2006/22878]

24 JUILLET 2006. — Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

Vu le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 6, § 1<sup>er</sup>, 1°, l'article 15, § 4 et l'article 16, § 3;

Vu la proposition du Conseil technique médical, formulée le 30 mai 2006;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 24 juillet 2006,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** L'annexe 55 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est remplacée par l'annexe 55 ci-jointe.

**Art. 2.** Le présent règlement entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au *Moniteur belge*.

Bruxelles, le 24 juillet 2006.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. DE RIDDER.

Le Président,

D. SAUER

Bijlage 55

**KANKERREGISTRATIEFORMULIER VOOR EEN NIEUWE DIAGNOSE**

Patiënt : ..... Geb.datum : .....  
 Nationaal nr./Zickenfondsnr.: ..... Geslacht : .....

1. INCIDENTIEDATUM (DD-MM-YYYY) .....  
 volgorde afnemende prioriteit : 1=eerste hist/cyto bevestiging, 2=klin.evaluatie/opname ziekenhuis, 3=overlijden
2. BASIS VOOR DIAGNOSE (omcirkelen, meerdere items aan te duiden):  
 1 = autopsie (niet van toepassing bij MOC)                      5 = technisch (bv. RX, endoscopie, ...)  
 2 = histologic primaire tumor                                      6 = klinisch  
 3 = histologic metastase                                              7 = tumormerker (bv. PSA, HCG, AFP, Ig, ...)  
 4 = cytologie/hematologie                                              9 = onbekend
3. WHO-SCORE BIJ DIAGNOSE (omcirkelen)  
 0 = asymptomatisch, normale activiteit                      3 = symptomatisch, bedlegerig >50% per dag  
 1 = symptomatisch, maar ambuland                              4 = aangewezen op volledige verzorging, 100% bedlegerig  
 2 = symptomatisch, bedlegerig <50% per dag
4. PRIMAIRE TUMORLOKALISATIE (invullen) .....
5. LATERALITEIT bij pare organen (omcirkelen)                      1.links 2.rechts 3.onbekend
6. HISTOLOGISCHE DIAGNOSE (invullen): .....
7. DIFFERENTIATIEGRAAD (omcirkelen): 1=goed 2=matig 3=weinig 4=ongediff/anapl 9=onbekend
8. KLINISCHE TNM (UICC 2002) :                      cT ..... cN ..... cM .....
9. PATHOLOGISCHE TNM (UICC 2002):                      pT ..... pN ..... pM .....
10. ANDERE CLASSIFICATIE (omcirkelen)  
 1.Ann Arbor, [2], 3.Figo, 4.Salmon Dury, 5.Clark, 6.Breslow, andere (invullen):.....

Stadium (invullen):.....

11. DATUM START EERSTE BEHANDELING (DD-MM-YYYY): .....
12. REEDS UITGEVOERDE BEHANDELINGEN:  
 chronologisch invullen vanaf datum eerste behandeling

--	--	--	--	--	--

- |                                        |                           |                       |
|----------------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| 10:heelkunde                           | 15:beenmergtransplantatie | 70: symptomatisch     |
| 20:externe radiotherapie/curietherapie | 30:isotopen               | 90:geen therapie      |
| 25:concomitant chemoradiotherapie      | 50:hormonale therapie     | 95:weigering therapie |
| 40:chemotherapie                       | 60:immunotherapie         | 99:onbekend           |
- 80:andere vorm van behandeling (invullen):.....

13. VERDER BEHANDELINGSPLAN (intentie tot) .....  
 codes chronologisch invullen zie punt 12

14. REDEN MOC (aankruisen)
  - patiënt met een nieuwe diagnose van kanker
  - voorafgaand aan een oncologische behandeling die afwijkt van de geschreven en door het oncologisch centrum aanvaarde richtlijnen
  - voorafgaand aan een herhaling van een bestralingsreeks van éénzelfde doelgebied binnen de twaalf maanden, te rekenen vanaf de aanvangsdatum van de eerste bestralingsreeks
  - voorafgaand aan een chemotherapeutische behandeling met een geneesmiddel dat in een eerste fase van verzekerings-tegemoetkoming door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen werd aangeduid voor monitoring via het multidisciplinair oncologisch consult
  - andere (invullen):.....

ARTS COÖRDINATOR (stempel)  
 Dr.: .....RIZIV-nr.:.....  
 Instelling: .....  
 Datum: .....

**Bijlage 55 (vervolg)****MULTIDISCIPLINAIR ONCOLOGISCH CONSULT**

Patiënt: .....

Nationaal nr. / Ziekenfondsnr. : .....

Aanvrager MOC : .....

RIZIV-id.nr.: .....

Coördinator MOC : .....

RIZIV-id.nr.: .....

Deelnemers MOC: 1) .....

RIZIV-id.nr.: .....

2) .....

RIZIV-id.nr.: .....

3) .....

RIZIV-id.nr.: .....

(Extramuros) 4) .....

RIZIV-id.nr.: .....

Ondergetekende bevestigt als coördinator van het multidisciplinair oncologisch consult dat de bepalingen van de verstrekking nr. 350372-350383 werden nageleefd en het aangehechte registratieformulier werd ingevuld.

Instelling :

Datum MOC :

Handtekening coördinator :

.....

.....

.....

**Bijlage 55 (vervolg)**

**KANKERREGISTRATIEFORMULIER VOOR HET REGISTREREN VAN FOLLOW-UP**

Patiënt : ..... Geb.datum : .....

Nationaal nr./Ziekenfondsnr.: ..... Geslacht : .....

**I) GEGEVENS OVER DE PRIMAIRE TUMOR**

PRIMAIRE TUMORLOKALISATIE (invullen):

.....

HISTOLOGIE VAN DE PRIMAIRE TUMOR (invullen):

.....

INCIDENTIEDATUM (DD-MM-YYYY):..... (het jaar is voldoende indien niet te traceren).

volgorde afnemende prioriteit : 1=eerste hist/cyto bevestiging 2=klin.evaluatie/opname ziekenhuis

ZIEKTEVRIJ INTERVAL? (omcirkelen): JA NEEN

DATUM EERSTE RECIDIEF (indien ziekte vrij interval) (DD-MM-YYYY): .....

volgorde afnemende prioriteit : 1= hist/cyto bevestiging 2= opname ziekenhuis/klinische evaluatie

(omcirkelen, meerdere items mogelijk) lokaal regionaal metastasen

**II) BEHANDELINGSPLAN IN HET KADER VAN HET HUIDIG PROBLEEM (intentie tot)**

Chronologisch invullen

- |                                                   |                           |                      |
|---------------------------------------------------|---------------------------|----------------------|
| 10:heelkunde                                      | 15:beenmergtransplantatie | 70:symptomatisch     |
| 20:externe radiotherapie/curietherapie            | 30:isotopen               | 90:geen therapie     |
| 25:concomitant chemoradiotherapie                 | 50:hormonale therapie     | 95:weigeren therapie |
| 40:chemotherapie                                  | 60:immunotherapie         |                      |
| 80: andere vorm van behandeling: (invullen) ..... |                           |                      |

--	--	--	--	--	--

**III) REDEN MOC (omcirkelen)**

- behandeling van een patiënt met een recidief
- behandeling van een patiënt met een progressieve ziekte
- voorafgaand aan elke oncologische behandeling die afwijkt van de geschreven en door het oncologisch centrum aanvaarde richtlijnen
- aan een herhaling van een bestralingsreeks van éénzelfde doelgebied binnen de twaalf maanden, te rekenen vanaf de aanvangsdatum van de eerste bestralingsreeks
- aan elke chemotherapeutische behandeling met een geneesmiddel dat in een eerste fase van verzekerings-tegemoetkoming door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen werd aangeduid voor monitoring via het multidisciplinair oncologisch consult
- andere (invullen):.....

ARTS COÖRDINATOR (stempel)

Dr.: ..... RIZIV-nr.:.....

Instelling: .....

Datum: .....

## Annexe 55

**FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT DU CANCER : NOUVEAU DIAGNOSTIC**

Patient : ..... Date de naissance : .....  
 N° national/ N° organisme assureur : ..... Sexe: .....

1. DATE D'INCIDENCE (JJ-MM-AAAA).....  
 ordre de priorité décroissante: 1=première confirmation histo/cyto,2= évaluation clinique/hospitalisation, 3= décès
2. MOYEN DE DIAGNOSTIC (entourer, plusieurs items sont permis):  
 1 = autopsie (pas d'application pour la CMO)                      5 = examen technique (ex. RX,endoscopie,... )  
 2 = histologie tumeur primitive                                      6 = examen clinique  
 3 = histologie métastase                                              7 = marqueur tumoral (ex. PSA, HCG, AFP, Ig, ...)  
 4 = cytologie / hématologie                                            9 = inconnu
3. SCORE OMS DU DIAGNOSTIC (entourer)  
 0 = Asymptomatique, activité normale                              3 = Symptomatique, alité >50% de la journée  
 1 = Symptomatique, mais ambulant                                  4 = Complètement dépendant pour les soins, grabataire  
 2 = Symptomatique, alité <50% de la journée
4. LOCALISATION DE LA TUMEUR PRIMITIVE (remplir) : .....
5. LATERALITE uniquement pour organes pairs (entourer ) : 1. gauche    2. droite    3. inconnu
6. DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE (remplir): .....
7. DEGRE DE DIFFERENCIATION (entourer): 1 = bien    2 = moyen    3 = peu    4 = indiff/anapl    9 = inconnu
8. TNM CLINIQUE (UICC 2002):                      cT.....                      cN.....                      cM.....
9. TNM PATHOLOGIQUE (UICC 2002):                      pT.....                      pN.....                      pM.....
10. AUTRES TYPES DE STADE CLINIQUE (entourer)  
 1. Ann Arbor , [2], 3. Figo, 4. Salmon Dury, 5. Clark , 6. Breslow, autre (remplir):.....  
 Stade (remplir): .....
11. DATE DEBUT DU PREMIER TRAITEMENT (JJ-MM-AAAA): .....
12. TRAITEMENTS DEJA RECUS:  
 remplir chronologiquement à partir de la date du premier traitement  

--	--	--	--	--	--

10: chirurgie	15: greffe moelle osseuse	70: symptomatique
20: radiothérapie externe/curiathérapie	30: isotopes	90: pas de thérapie
25: chimioradiothérapie concomitante	50: hormonothérapie	95: refus thérapie
40: chimiothérapie	60: immunothérapie	99: inconnu

80: autre forme de traitement (remplir):.....
13. PLAN DE TRAITEMENT ULTERIEUR (intention)                                              

--	--	--	--	--	--

  
 remplir les codes chronologiquement, voir point 12
14. JUSTIFICATION DE LA COM (indiquer)
  - prise en charge d'un patient avec un nouveau diagnostic de cancer
  - traitement oncologique qui s'écarter des lignes directrices écrites acceptés par le centre oncologique
  - répétition d'une série d'irradiations d'une même région cible dans les douze mois, à compter de la date du début de la première série d'irradiations
  - chimiothérapie par un médicament qui, dans une première phase de remboursement, a été désigné par la Commission de remboursement des médicaments pour faire l'objet d'un monitoring par la concertation oncologique multidisciplinaire
  - autres (remplir).....

Médecin-Coordinateur (cachet)

Dr : .....N° INAMI : .....

Institution : .....

Etabli le : .....

**Annexe 55 (suite)**

**CONCERTATION ONCOLOGIQUE MULTIDISCIPLINAIRE**

Patient : .....

N° national/ N° organisme assureur : .....

Demandeur COM : ..... N° id. INAMI : .....

Coordinateur COM : ..... N° id. INAMI: .....

Participants COM :      1) ..... N° id. INAMI: .....

                                 2) ..... N° id. INAMI: .....

                                 3) ..... N° id. INAMI: .....

(Extramuros)      4) ..... N° id. INAMI: .....

Je soussigné, certifie en tant que coordinateur de la concertation oncologique multidisciplinaire que les conditions des prestations n° 350372-350383 ont été respectées et que le formulaire d'enregistrement annexé a été rempli.

Institution :                      Date COM :                      Signature du coordinateur :  
 .....                      .....                      .....

## Annexe 55 (suite)

**FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT DU CANCER: FOLLOW-UP**

Patient: .....

Date de naissance: .....

N° national / N° organisme assureur: .....

Sexe: .....

**I) DONNÉES DE LA TUMEUR PRIMITIVE**LOCALISATION de la tumeur primitive (remplir):  
.....HISTOLOGIE DE LA TUMEUR PRIMITIVE (remplir):  
.....

DATE D'INCIDENCE (jj-mm-aaaa):.....(l'année seule suffit le cas échéant)

Ordre de priorité décroissante: 1=confirmation histo/cyto 2=hospitalisation/évaluation clinique

INTERVALLE LIBRE? (entourer) OUI NON

DATE DE LA PREMIERE RECIDIVE (si intervalle libre) (jj-mm-aaaa):.....

Ordre de priorité décroissante: 1=confirmation histo/cyto 2=hospitalisation/évaluation clinique

(entourer, plusieurs items sont permis): local régional métastases

**II) PLAN DE TRAITEMENT EN RAISON DE LA PROBLÉMATIQUE ACTUELLE (intention)**

Remplir les codes chronologiquement

10: chirurgie

20: radiothérapie externe / curiothérapie

25: chimioradiothérapie concomitante

40: chimiothérapie

80: autre forme de traitement (remplir):.....

15: greffe moelle osseuse

30: isotopes

50: hormonothérapie

60: immunothérapie

70: symptomatique

90: pas de thérapie

95: refus de thérapie

--	--	--	--	--	--

**III) JUSTIFICATION DE LA COM (indiquer)**

- prise en charge d'un patient avec une récurrence
- prise en charge d'une maladie progressive
- traitement oncologique qui s'écarterait des lignes directrices écrites acceptées par le centre oncologique
- répétition d'une série d'irradiations d'une même région cible dans les douze mois, à compter de la date du début de la première série d'irradiations
- chimiothérapie par un médicament qui, dans une première phase de remboursement, a été désigné par la Commission de remboursement des médicaments pour faire l'objet d'un monitoring par la concertation oncologique multidisciplinaire
- autres (remplir).....

Médecin-Coordinateur (cachet)

Dr : .....N° INAMI : .....

Institution : .....

Etabli le : .....