

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

[C – 2015/22028]

8 DECEMBRE 2014. — Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

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

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 22, 11°;

Vu l'annexe I de l'Arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 8 décembre 2014,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** A l'annexe I du règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, les formulaires B-Form-I-07, B-Form-I-08 et B-Form-I-09 concernant la procédure de demande, auxquels il est fait référence au chapitre « B. Neurochirurgie » de la liste, sont ajoutés. Ces formulaires suivent en annexe 1<sup>re</sup> de ce règlement.

**Art. 2.** A l'annexe II du même règlement, le formulaire B-Form-II-02 concernant les critères pour les établissements hospitaliers, auquel il est fait référence au chapitre « B. Neurochirurgie » de la liste, est ajouté. Ce formulaire suit en annexe 2 de ce règlement.

**Art. 3.** Le présent règlement entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2015.

Bruxelles, le 8 décembre 2014.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. DE RIDDER

Le Président,

G. PERL

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2015/22028]

8 DECEMBER 2014. — Verordening tot wijziging van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

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

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 22, 11°;

Gelet op de bijlage I bij het Koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen;

Na erover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 8 december 2014,

Besluit :

**Artikel 1.** In de bijlage I van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen worden de formulieren B-Form-I-07, B-Form-I-08 en B-Form-I-09 met betrekking tot de aanvraagprocedure, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "B. Neurochirurgie" van de lijst, toegevoegd. Deze formulieren gaan als bijlage 1 bij deze verordening.

**Art. 2.** In de bijlage II van dezelfde verordening wordt het formulier B-Form-II-02 met betrekking tot de criteria voor de verplegingsinrichting, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk « B. Neurochirurgie » van de lijst, toegevoegd. Dit formulier gaat als bijlage 2 bij deze verordening.

**Art. 3.** Deze verordening treedt in werking op 1 januari 2015.

Brussel, 8 december 2014.

De Leidend Ambtenaar,

H. DE RIDDER

De Voorzitter,

G. PERL

Annexe I au Règlement du 8 décembre 2014 modifiant le Règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

### **FORMULAIRE B-Form-I-07**

**Formulaire de demande d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé pour la prestation 171496-171500, 171555-171566, 171614-171625, 171673-171684, 171710-171721, 171754-171765 et 171791-171802:**

*(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)*

- A envoyer AVANT IMPLANTATION au :
  - Médecin-conseil qui envoie la demande au Collège des médecins-directeurs (INAMI, Avenue de Tervueren 211, 1150 BRUXELLES)

#### **Identification de l'établissement hospitalier/médecin spécialiste**

Nom de l'établissement hospitalier : .....

N° d'identification INAMI de l'établissement hospitalier : 710\_ \_ \_ \_ \_

Nom et prénom du médecin spécialiste : .....

N° INAMI du médecin spécialiste : .....

Adresse Email : .....

Téléphone (secrétariat du service) : .....

#### **Identification du bénéficiaire**

Nom : .....

Prénom : .....

Numéro d'identification au Registre National : .....

Date de naissance : .....

Sexe : .....

Organisme assureur : .....

Date de l'implantation précédente (à compléter uniquement s'il s'agit d'un remplacement d'un dispositif non remboursé): ...../...../.....

**Données médicales**

1. Type de crises : focales/généralisées
2. Diagnostic d'épilepsie fait en :... (compléter l'année)  
Diagnostic d'épilepsie réfractaire fait en :... (compléter l'année)
3. Fréquence et sévérité (selon la National Hospital Seizure Severity Scale NHS3) des crises :

## 4. Traitement pharmacologique

## a. Traitement actuel :

MEDICAMENT	DOSE/J	DATE de DEBUT de ce TRAITEMENT (médicament seul ou combinaison)*

## b. Traitements antérieurs :

MEDICAMENT	DOSE/J	DEPUIS LE...*	JUSQU'AU...*

\* : \* : si la date n'est pas connue, veuillez le spécifier et si possible mettre une date approximative

5. Nombre d'hospitalisations dans le courant de la dernière année: ...  
Nombre de consultations dans le courant de la dernière année : ...  
Nombre de visite aux urgences dans le courant de la dernière année : ...
6. Le bénéficiaire a déjà eu une chirurgie de l'épilepsie pour traitement de l'épilepsie réfractaire: oui/non  
Si oui : spécifier la date d'intervention : ....
7. Evaluation préchirurgicale (veuillez compléter, pour chaque test, avec un résumé des examens et une conclusion):
  - a. Enregistrement vidéo-EEG de longue durée avec enregistrement des crises
  - b. IRM à haute résolution du cerveau

- c. FDG-PET du cerveau
- d. Évaluation neuropsychologique incluant les éléments suivants(veuillez compléter, pour chaque test, avec un résumé des examens et une conclusion) :
- i. QI
  - ii. Mémoire
  - iii. fonctions exécutives frontales
- e. Évaluation psychiatrique (veuillez compléter avec un résumé des examens et une conclusion)
- i. inventaire de dépression de Beck
  - ii. QoLIE-31
  - iii. Autres commentaires par rapport à l'évaluation psychiatrique :

8. Conclusion de la discussion multidisciplinaire:

Le bénéficiaire est éligible pour une chirurgie de l'épilepsie pour traiter l'épilepsie réfractaire : oui/non

Si le bénéficiaire n'est pas éligible, expliquez pourquoi (sur base d'éléments cliniques, anatomiques, psychiatriques,...) :

- Épilepsie bitemporale
- Zone épileptogène proche des zones fonctionnelles
- Épilepsie mésiotemporale chez un patient n'ayant pas de problème de mémoire
- test de WADA non concluant
- Autre :...

9. Le patient est-il traité par VNS : oui/non

Si oui, précisez la date de primo-implantation :.....

10. Zone qui sera stimulée après implantation:

- Noyau thalamique antérieur
- Autre : ....

11. L'équipe multidisciplinaire certifie que le patient répond à toutes les conditions de remboursement (cfr. critères d'inclusion et d'exclusion B§09, point 2)

Établi à (*lieu*)

le (*date*) ...../...../.....

*Nom, prénom, signature et cachet de tous les membres de l'équipe multidisciplinaire*

**FORMULAIRE B-Form-I-08**

**Formulaire de demande d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé pour la prestation 171511-171522, 171533-171544, 171570-171581, 171592-171603, 171636-171640, 171651-171662, 171695-171706, 171732-171743, 171776-171780 et 171813-171824.**

*(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)*

- A envoyer APRES IMPLANTATION au :
- Médecin-conseil qui envoie la demande au Collège des médecins-directeurs (INAMI, Avenue de Tervueren 211, 1150 BRUXELLES)

**Identification de l'établissement hospitalier/médecin spécialiste**

Nom de l'établissement hospitalier : .....

N° d'identification INAMI de l'établissement hospitalier : 710\_ \_ \_ \_ \_

Nom et prénom du médecin spécialiste : .....

N° INAMI du médecin spécialiste : .....

Adresse Email : .....

Téléphone (secrétariat du service) : .....

**Identification du bénéficiaire**

Nom : .....

Prénom : .....

Numéro d'identification au Registre National : .....

Date de naissance : .....

Sexe : .....

Organisme assureur : .....

Neurostimulateur de remplacement

Nom du neurostimulateur remplacé: .....

N° d'identification du neurostimulateur remplacé : .....

Date de l'implantation précédente : ...../...../.....

Nom du neurostimulateur de remplacement: .....

N° d'identification du neurostimulateur de remplacement : .....

Date de l'intervention pour le remplacement : ...../...../.....

Electrode de remplacement

Nom de l'électrode remplacée: .....

N° d'identification de l'électrode remplacée : .....

Date de l'implantation précédente : ...../...../.....

Nom de l'électrode de remplacement: .....

N° d'identification de l'électrode de remplacement : .....

Date de l'intervention pour le remplacement : ...../...../.....

Extension de remplacement

Nom de l'extension remplacée: .....

N° d'identification de l'extension remplacée : .....

Date de l'implantation précédente : ...../...../.....

Nom de l'extension de remplacement: .....

N° d'identification de l'extension de remplacement : .....

Date de l'intervention pour le remplacement : ...../...../.....

Programmateurs patient

Nom du programmeur patient remplacé: .....

N° d'identification du programmeur patient remplacé : .....

Date de la délivrance précédente : ...../...../.....

Nom du programmeur patient de remplacement: .....

N° d'identification du programmeur patient de remplacement : .....

Date du remplacement : ...../...../.....

**Données médicales**

1. Fréquence et sévérité (selon la National Hospital Seizure Severity Scale NHS3) des crises :

	ACTUEL	LORS de la PREMIERE IMPLANTATION pour STIMULATION CEREBRALE PROFONDE
FREQUENCE		
SEVERITE		

2. Traitement pharmacologique

- a. Traitement lors de la première implantation pour stimulation cérébrale profonde :

MEDICAMENT	DOSE/J	DEPUIS LE...*	JUSQU'AU...*

- b. Traitement actuel :

MEDICAMENT	DOSE/J	DATE de DEBUT de ce TRAITEMENT (médicament seul ou combinaison)*	RAISON de la modification du traitement (si différent du traitement repris au point a.)

\* : si la date n'est pas connue, veuillez le spécifier et si possible mettre une date approximative

3. Hospitalisations/consultations/urgences

	AU COURS de la DERNIERE ANNEE	AU COURS de l'ANNEE PRECEDANT la PREMIERE IMPLANTATION pour STIMULATION CEREBRALE PROFONDE
NOMBRE d'HOSPITALISATIONS/AN		
NOMBRE de CONSULTATIONS/AN		
NOMBRE de visite aux URGENCES/AN		



4. Qualité de vie :

	ACTUEL	LORS de la PREMIERE IMPLANTATION pour STIMULATION CEREBRALE PROFONDE
QOLIE-31		

5. Evaluation neuropsychologique (veuillez compléter avec un résumé des examens et une conclusion):

- i. QI
- ii. Mémoire
- iii. fonctions exécutives frontales

6. Évaluation psychiatrique (veuillez compléter avec un résumé des examens et une conclusion) :

- i. inventaire de dépression de Beck
- ii. Autres commentaires par rapport à l'évaluation psychiatrique :

7. Raison du remplacement :

- End of life
- Infection
- Autre :....

Établi à (lieu)

le (date) ...../...../.....

Nom, prénom, signature et cachet de tous les membres de l'équipe multidisciplinaire

**FORMULAIRE B-Form-I-09****Formulaire de suivi pour la stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire:**

*(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)*

➤ A envoyer au :

- Service Soins de Santé- Direction médicale (INAMI, Avenue de Tervueren 211, 1150 BRUXELLES)

**Identification de l'établissement hospitalier/médecin spécialiste**

Nom de l'établissement hospitalier : .....

N° d'identification INAMI de l'établissement hospitalier : 710.....

Nom et prénom du médecin spécialiste : .....

N° INAMI du médecin spécialiste : .....

Adresse Email : .....

Téléphone (secrétariat du service) : .....

**Identification du bénéficiaire**

Nom : .....

Prénom : .....

Numéro d'identification au Registre National : .....

Date de naissance : .....

Sexe : .....

Organisme assureur : .....

**Suivi à (cocher la durée de suivi)**       1 an       2 ans

### Neurostimulateur

Nombre de stimulateurs DBS déjà implantés chez ce patient : .....

### Données médicales

1. Fréquence et sévérité (selon la National Hospital Seizure Severity Scale NHS3) des crises :

	ACTUEL	LORS de la PREMIERE IMPLANTATION pour STIMULATION CEREBRALE PROFONDE
FREQUENCE		
SEVERITE		

2. Traitement pharmacologique

- a. Traitement lors de la première implantation pour stimulation cérébrale profonde :

MEDICAMENT	DOSE/J	DEPUIS LE...*	JUSQU'AU...*

- b. Traitement actuel :

MEDICAMENT	DOSE/J	DATE de DEBUT de ce TRAITEMENT (médicament seul ou combinaison)*	RAISON de la modification du traitement (si différent du traitement repris au point a.)

\* : si la date n'est pas connue, veuillez le spécifier et si possible mettre une date approximative

3. Hospitalisations/consultations/urgences

	AU COURS de la DERNIERE ANNEE	AU COURS de l'ANNEE PRECEDANT la PREMIERE IMPLANTATION pour STIMULATION CEREBRALE PROFONDE
NOMBRE d'HOSPITALISATIONS/AN		
NOMBRE de CONSULTATIONS/AN		
NOMBRE de visite aux URGENCES/AN		

4. Qualité de vie :

	ACTUEL	LORS de la PREMIERE IMPLANTATION pour STIMULATION CEREBRALE PROFONDE
QOLIE-31		

5. Evaluation neuropsychologique (veuillez compléter avec un résumé des examens et une conclusion):

iv. QI

v. Mémoire

vi. fonctions exécutives frontales

6. Évaluation psychiatrique (veuillez compléter avec un résumé des examens et une conclusion) :

i. inventaire de dépression de Beck

ii. Autres commentaires par rapport à l'évaluation psychiatrique

7. Effets secondaires persistants au moment du suivi à 1 ou 2 ans :

Établi à (*lieu*)

le (*date*) ...../...../.....

Nom, prénom, signature et cachet de tous les membres de l'équipe multidisciplinaire

Vu pour être annexé au Règlement du 8 décembre 2014

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. DE RIDDER

Le Président,

G. PERL

Bijlage I bij Verordening van 8 december 2014 tot wijziging van de Verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

### **FORMULIER B-Form-I-07**

**Aanvraagformulier voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor de verstrekking 171496-171500, 171555-171566, 171614-171625, 171673-171684, 171710-171721, 171754-171765 en 171791-171802:**

*(Gelieve dit formulier in drukletters in te vullen)*

- Te versturen VÓÓR IMPLANTATIE naar:
  - de adviserend geneesheer die de aanvraag naar het College van Geneesheren-directeurs verzendt (RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 BRUSSEL)

#### **Identificatiegegevens van de verpleeginrichting/geneesheer-specialist**

Naam van de verpleeginrichting: .....

RIZIV-identificatienummer van de verpleeginrichting: 710\_ \_ \_ \_ \_

Naam en voornaam van de geneesheer-specialist: .....

RIZIV-nummer van de geneesheer-specialist: .....

E-mailadres: .....

Telefoon (secretariaat van de dienst): .....

#### **Identificatiegegevens van de rechthebbende**

Naam: .....

Voornaam: .....

Identificatienummer van het Rijksregisternummer: .....

Geboortedatum: .....

Geslacht: .....

Verzekeringsinstelling: .....

Datum van de vorige implantatie (enkel in te vullen in geval van vervanging van een niet-terugbetaald hulpmiddel): ...../...../.....

**Medische gegevens**

1. Aard van de aanvallen: focaal/gegeneraliseerd
2. Diagnostiek van epilepsie gedaan in: ..... (jaar invullen)  
Diagnostiek van refractaire epilepsie gedaan in:.... (jaar invullen)
3. Frequentie en ernst (volgens de National Hospital Seizure Severity Scale NHS3) van de aanvallen:

4. Farmacologische behandeling
  - a. Huidige behandeling:

GENEESMIDDEL	DOSIS/DAG	BEGINDATUM van deze BEHANDELING (één geneesmiddel of combinatietherapie)*

- b. Vorige behandelingen:

GENEESMIDDEL	DOSIS/DAG	SINDS...*	TOT...*

\*.\*: als de datum niet gekend is, gelieve dit te verduidelijken en indien mogelijk een datum in te vullen bij benadering

5. Aantal hospitalisaties tijdens het laatste jaar: ...  
Aantal consultaties tijdens het laatste jaar: .....  
Aantal bezoeken op de spoed tijdens het laatste jaar:.....
6. De rechthebbende heeft al chirurgie voor epilepsie ondergaan voor de behandeling van refractaire epilepsie: ja/nee  
Indien ja: vermeld de datum van de ingreep: ....
7. Prechirurgische evaluatie (voor elk onderzoek, samenvatting en conclusie):
  - a. Video-EEG opname van lange duur met registratie van de aanvallen

- b. Hoge-resolutie-MRI van de hersenen
  
- c. FDG-PET van de hersenen
  
- d. Neuropsychologische evaluatie die de volgende gegevens bevat:
  - i. IQ
  
  - ii. Geheugenfunctie
  
  - iii. Frontale executieve functies
  
- e. Psychiatrische evaluatie (samenvatting van de onderzoeken en besluit)
  - i. Beck depression inventory
  
  - ii. QoLIE-31
  
  - iii. Andere bemerkingen met betrekking tot de psychiatrische evaluatie:

8. Besluit van de multidisciplinaire bespreking:

De rechthebbende komt in aanmerking voor chirurgie voor epilepsie voor de behandeling van refractaire epilepsie: ja/nee

Als de rechthebbende niet in aanmerking komt, leg uit waarom (op basis van klinische, anatomische, psychiatrische gegevens,...):

- Bitemporale epilepsie
- Epileptogene zone in de buurt van de functionele zones
- Mesiotemporale epilepsie bij een patiënt zonder geheugenproblemen
- Niet-overtuigende WADA-test
- Andere:...

9. Wordt de patiënt behandeld met VNS voor zijn epilepsie: ja/nee

Indien ja, vermeld de datum van de primo-implantatie:.....



10. Doelgebied dat gestimuleerd zal worden:

- Anterieure thalamische kern
- Andere: ....

11. Het multidisciplinair team bevestigt dat de patiënt aan alle vergoedingsvoorwaarden voldoet (cf. inclusie- en exclusiecriteria B-§09, punt 2).

Opgesteld te (*plaats*)

op (*datum*)

*Naam, voornaam, handtekening en stempel van elk lid van het multidisciplinair team:*

**FORMULIER B-Form-I-08**

**Aanvraagformulier voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor de verstrekkingen 171511-171522, 171533-171544, 171570-171581, 171592-171603, 171636-171640, 171651-171662, 171695-171706, 171732-171743, 171776-171780 en 171813-171824.**

*(Gelieve dit formulier in drukletters in te vullen)*

- Te versturen NA IMPLANTATIE naar:
  - de adviserend geneesheer die de aanvraag naar het College van Geneesheren-directeurs verzendt (RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 BRUSSEL).

**Identificatiegegevens van de verpleeginrichting/geneesheer-specialist**

Naam van de verpleeginrichting: .....

RIZIV-identificatienummer van de verpleeginrichting: 710\_ \_ \_ \_ \_

Naam en voornaam van de geneesheer-specialist: .....

RIZIV-nummer van de geneesheer-specialist: .....

E-mailadres: .....

Telefoon (secretariaat van de dienst): .....

**Identificatiegegevens van de rechthebbende**

Naam: .....

Voornaam: .....

Identificatienummer van het Rijksregisternummer: .....

Geboortedatum: .....

Geslacht: .....

Verzekeringsinstelling: .....

Vervangingsneurostimulator

Naam van de te vervangen neurostimulator: .....

Identificatienummer van de te vervangen neurostimulator: .....

Datum van de vorige implantatie: ...../...../.....

Naam van de vervangende neurostimulator: .....

Identificatienummer van de vervangende neurostimulator: .....

Datum van de interventie voor vervanging: ...../...../.....

Vervangingselektrode

Naam van de te vervangen elektrode: .....

Identificatienummer van de te vervangen elektrode: .....

Datum van de vorige implantatie: ...../...../.....

Naam van de vervangende elektrode: .....

Identificatienummer van de vervangende elektrode: .....

Datum van de interventie voor vervanging: ...../...../.....

Vervangingsextensie

Naam van de te vervangen extensie: .....

Identificatienummer van de te vervangen extensie: .....

Datum van de vorige implantatie: ...../...../.....

Naam van de vervangende extensie: .....

Identificatienummer van de vervangende extensie: .....

Datum van de interventie voor vervanging: ...../...../.....

Vervangingspatiëntenprogrameerapparaat

Naam van de te vervangen patiëntenprogrameerapparaat: .....

Identificatienummer van de te vervangen patiëntenprogrameerapparaat: .....

Datum van de vorige implantatie: ...../...../.....

Naam van de vervangende patiëntenprogrameerapparaat: .....

Identificatienummer van de vervangende patiëntenprogrameerapparaat: .....

Datum van de interventie voor vervanging: ...../...../.....

**Medische gegevens**

1. Frequentie en ernst (volgens de National Hospital Seizure Severity Scale NHS3) van de aanvallen:

	HUIDIG	TIJDENS de EERSTE IMPLANTATIE voor DEEP BRAIN STIMULATIE
FREQUENTIE		
ERNST		

2. Farmacologische behandeling

- a. Behandeling tijdens de eerste implantatie voor deep brain stimulatatie:

GENEESMIDDEL	DOSIS/DAG	VANAF ...*	TOT.....*

- b. Huidige behandeling:

GENEESMIDDEL	DOSIS/DAG	BEGINDATUM van deze BEHANDELING (één geneesmiddel of combinatietherapie)*	REDEN van aanpassing van de behandeling (als verschillend van de behandeling onder a.)

\*: als de datum niet gekend is, gelieve dit te vermelden en indien mogelijk een datum bij benadering in te vullen

3. Hospitalisatie/consultaties/spoed

	IN DE LOOP van het LAATSTE JAAR	IN DE LOOP van het JAAR VOORAFGAAND aan de EERSTE IMPLANTATIE voor DEEP BRAIN STIMULATIE
AANTAL HOSPITALISATIES/JAAR		
AANTAL CONSULTATIES/JAAR		
AANTAL BEZOEKEN op de SPOED/JAAR		

4. Kwaliteit van leven:

	HUIDIG	TIJDENS de EERSTE IMPLANTATIE voor DEEP BRAIN STIMULATIE
QOLIE-31		

5. Neuropsychologische evaluatie (samenvatting voor elk onderzoek en een besluit)

- i. IQ
- ii. Geheugenfunctie
- iii. Frontale executieve functies

6. Psychiatrische evaluatie (samenvatting en besluit)

- i. Beck depression inventory
- ii. Andere bemerkingen met betrekking tot de psychiatrische evaluatie:

7. Reden voor de vervanging:

- End-of-life
- Infectie
- Ander:...

Opgesteld te *(plaats)*

op *(datum)*

Naam, voornaam, handtekening en stempel van elk lid van het multidisciplinair team:

**FORMULIER B-Form-I-09****Follow-upformulier voor deep brain stimulatie in geval van refractaire epilepsie**

*(Gelieve dit formulier in drukletters in te vullen)*

➤ *Te versturen naar:*

- *de Dienst Geneeskundige Verzorging-Medische Directie (RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 BRUSSEL).*

**Identificatiegegevens van de verpleeginrichting/geneesheer-specialist**

Naam van de verpleeginrichting: .....

RIZIV-identificatienummer van de verpleeginrichting: 710\_ \_ \_ \_ \_

Naam en voornaam van de geneesheer-specialist: .....

RIZIV-nummer van de geneesheer-specialist: .....

E-mailadres: .....

Telefoon (secretariaat van de dienst): .....

**Identificatiegegevens van de rechthebbende**

Naam: .....

Voornaam: .....

Identificatienummer van het Rijksregisternummer: .....

Geboortedatum: .....

Geslacht: .....

Verzekeringsinstelling: .....

**Follow-up (duur van de follow-up aankruisen)**     **op 1 jaar**                       **op 2 Jaar**

### Neurostimulator

Aantal DBS neurostimulator al ingeplant bij deze patiënt: .....

### Medische gegevens

1. Frequentie en ernst (volgens de National Hospital Seizure Severity Scale NHS3) van de aanvallen:

	HUIDIG	TIJDENS de EERSTE IMPLANTATIE voor DEEP BRAIN STIMULATIE
FREQUENTIE		
ERNST		

2. Farmacologische behandeling

- a. Behandeling tijdens de eerste implantatie voor deep brain stimulatie:

GENEESMIDDEL	DOSIS/DAG	VANAF ...*	TOT.....*

- b. Huidige behandeling:

GENEESMIDDEL	DOSIS/DAG	BEGINDATUM van deze BEHANDELING (één geneesmiddel of combinatietherapie)*	REDEN van aanpassing van de behandeling (als verschillend van de behandeling onder a.)

\*: als de datum niet gekend is, gelieve dit te vermelden en indien mogelijk een datum bij benadering in te vullen

3. Hospitalisatie/consultaties/spoed

	IN DE LOOP van het LAATSTE JAAR	IN DE LOOP van het JAAR VOORAFGAAND aan de EERSTE IMPLANTATIE voor DEEP BRAIN STIMULATIE
AANTAL HOSPITALISATIES/JAAR		
AANTAL CONSULTATIES/JAAR		
AANTAL BEZOEKEN op de SPOED/JAAR		

4. Kwaliteit van leven:

	HUIDIG	TIJDENS de EERSTE IMPLANTATIE voor DEEP BRAIN STIMULATIE
QOLIE-31		

5. Neuropsychologische evaluatie (samenvatting voor elk onderzoek en besluit)

i. IQ

ii. Geheugenfunctie

iii. Frontale executieve functies

6. Psychiatrische evaluatie (samenvatting en besluit)

i. Beck depression inventory

ii. Andere bemerkingsen met betrekking tot de psychiatrische evaluatie:



7. Bijwerkingen die persistent zijn op het moment van de follow-up op 1 of 2 jaar:

Opgesteld te (*plaats*)

op (*datum*)

Naam, voornaam, handtekening en stempel van elk lid van het multidisciplinair team:

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 8 december 2014

De Leidend Ambtenaar,

H. DE RIDDER

De Voorzitter,

G. PERL

Annexe II au Règlement du 8 décembre 2014 modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

### **FORMULAIRE B-Form-II-02**

#### **Candidature afin de figurer sur la liste des établissements hospitaliers pour les prestations relatives à la neurostimulation en cas d'épilepsie réfractaire**

*(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)*

- À envoyer à : INAMI, Service des Soins de Santé  
Secrétariat de la Commission de remboursement des implants et des  
dispositifs médicaux invasifs  
Avenue de Tervueren 211  
1150 Bruxelles

#### **Identification de l'établissement hospitalier :**

Nom de l'établissement hospitalier : .....

N° d'identification INAMI de l'établissement hospitalier : 710\_ \_ \_ \_ \_

Adresse administrative (adresse à laquelle la correspondance doit être envoyée) :

Rue et numéro: .....

Code postal et commune: .....

#### **Identification du responsable agissant au nom du pouvoir organisateur de l'établissement hospitalier :**

Nom et prénom: .....

Adresse E-mail: .....

**Identification et composition de l'équipe :****EPILEPTOLOGUES**→ Epileptologue :

Nom : .....

Adresse E-mail : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Numéro INAMI : .....

Numéro NISS (Registre national): .....

Plein-temps (exprimé en 10<sup>e</sup>) : .....

Reste du temps : .....

→ Epileptologue :

Nom : .....

Adresse E-mail : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Numéro INAMI : .....

Numéro NISS (Registre national): .....

Plein-temps (exprimé en 10<sup>e</sup>) : .....

Reste du temps : .....

→ Epileptologue:

Nom : .....

Adresse E-mail : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Numéro INAMI : .....

Numéro NISS (Registre national): .....

Plein-temps (exprimé en 10<sup>e</sup>) : .....

Reste du temps : .....

**NEUROCHIRURGIENS**→ Neurochirurgien :

Nom : .....

Adresse E-mail : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Numéro INAMI : .....

Numéro NISS (Registre national): .....

Plein-temps (exprimé en 10<sup>e</sup>) : .....

Reste du temps : .....

→ Neurochirurgien :

Nom : .....

Adresse E-mail : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Numéro INAMI : .....

Numéro NISS (Registre national): .....

Plein-temps (exprimé en 10<sup>e</sup>) : .....

Reste du temps : .....

→ Neurochirurgien:

Nom : .....

Adresse E-mail : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Numéro INAMI : .....

Numéro NISS (Registre national): .....

Plein-temps (exprimé en 10<sup>e</sup>) : .....

Reste du temps : .....

**PSYCHIATRES**→ Psychiatre :

Nom : .....

Adresse E-mail : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Numéro INAMI : .....

Numéro NISS (Registre national) .....

Plein-temps (exprimé en 10<sup>e</sup>) : .....

Reste du temps : .....

→ Psychiatre :

Nom : .....

Adresse E-mail : .....

Tél.: ..... Fax : .....

Numéro INAMI : .....

Numéro NISS (Registre national): .....

Plein-temps (exprimé en 10<sup>e</sup>) : .....

Reste du temps : .....

→ Psychiatre :

Nom :.....  
Adresse E-mail :.....  
Tél. :..... Fax :.....  
Numéro INAMI :.....  
Numéro NISS (Registre national):.....  
Plein-temps (exprimé en 10<sup>e</sup>) :.....  
Reste du temps :.....

**Administration (Personnes à contacter pour d'éventuelles questions administratives):**

→ Première personne de contact :

Nom :.....  
Adresse E-mail :.....  
Tél. :..... Fax :.....  
Numéro NISS (Registre national):.....

→ Seconde personne de contact :

Nom :.....  
Adresse E-mail :.....  
Tél. :..... Fax :.....  
Numéro NISS (Registre national):.....

**Engagements**

L'établissement hospitalier déclare marquer son accord sur toutes les dispositions de la condition de remboursement B§09, point 8 (Engagement de l'établissement hospitalier) de la liste.

Établi à (*lieu*)

le (*date*) ...../...../.....

**Les soussignés confirment avoir pris connaissance des dispositions de la condition de remboursement B§09 de la liste et en accepter toutes les conditions :**

Nom, prénom et signature du gestionnaire responsable agissant au nom du pouvoir organisateur de l'établissement hospitalier :

Nom, prénom, signature et cachet de chaque médecin-spécialiste :

Vu pour être annexé au Règlement du 8 décembre 2014

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. DE RIDDER

Le Président,

G. PERL

Bijlage II bij Verordening van 8 december 2014 tot wijziging van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

### **FORMULIER B-Form-II-02**

#### **Kandidatuur om te worden opgenomen op de lijst van de verplegingsinrichtingen voor de verstrekkingen betreffende de neurostimulatie in geval van refractaire epilepsie**

*(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)*

- Te versturen naar: RIZIV, Dienst Geneeskundige verzorging  
Secretariaat van de Commissie voor Tegemoetkoming van  
Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen  
Tervurenlaan 211  
1150 Brussel

#### **Identificatie van de verplegingsinrichting:**

Naam van de verplegingsinrichting : .....

Riziv identificatienr. van de verplegingsinrichting : 710\_ \_ \_ \_ \_

Administratief adres (adres waarnaar de briefwisseling gestuurd dient te worden):

Straat en nummer .....

Postcode en gemeente : .....

#### **Identificatie van de verantwoordelijke namens de inrichtende macht van de verplegingsinrichting**

Naam en voornaam: .....

E-mailadres : .....

**Identificatie en samenstelling van het team****EPILEPTOLOGEN**→ Epileptoloog:

Naam:.....

E-mailadres:.....

Tel.:..... Fax.....

RIZIV-nummer:.....

INSZ-nummer (Rijksregisternummer):.....

Voltijds (uitgedrukt in 10<sup>den</sup>):.....

Rest van de tijd:.....

→ Epileptoloog

Naam:.....

E-mailadres:.....

Tel.:..... Fax.....

RIZIV-nummer:.....

INSZ-nummer (Rijksregisternummer):.....

Voltijds (uitgedrukt in 10<sup>den</sup>):.....

Rest van de tijd:.....

→ Epileptoloog

Naam:.....

E-mailadres:.....

Tel.:..... Fax.....

RIZIV-nummer:.....

INSZ-nummer (Rijksregisternummer):.....

Voltijds (uitgedrukt in 10<sup>den</sup>):.....

Rest van de tijd:.....

**NEUROCHIRURGEN**→ Neurochirurg:

Naam:.....

E-mailadres:.....

Tel.:..... Fax.....

RIZIV-nummer:.....

INSZ-nummer (Rijksregisternummer):.....

Voltijds (uitgedrukt in 10<sup>den</sup>):.....

Rest van de tijd:.....



→ Neurochirurg:

Naam:.....  
E-mailadres:.....  
Tel.:..... Fax.....  
RIZIV-nummer:.....  
INSZ-nummer (Rijksregisternummer):.....  
Voltijds (uitgedrukt in 10<sup>den</sup>):.....  
Rest van de tijd:.....

→ Neurochirurg:

Naam:.....  
E-mailadres:.....  
Tel.:..... Fax.....  
RIZIV-nummer:.....  
INSZ-nummer (Rijksregisternummer):.....  
Voltijds (uitgedrukt in 10<sup>den</sup>):.....  
Rest van de tijd:.....

**PSYCHIATERS**→ Psychiater:

Naam:.....  
E-mailadres:.....  
Tel.:..... Fax.....  
RIZIV-nummer:.....  
INSZ-nummer (Rijksregisternummer):.....  
Voltijds (uitgedrukt in 10<sup>den</sup>):.....  
Rest van de tijd:.....

→ Psychiater:

Naam:.....  
E-mailadres:.....  
Tel.:..... Fax.....  
RIZIV-nummer:.....  
INSZ-nummer (Rijksregisternummer):.....  
Voltijds (uitgedrukt in 10<sup>den</sup>):.....  
Rest van de tijd:.....

→ Psychiater:

Naam:.....

E-mailadres:.....

Tel.:..... Fax.....

RIZIV-nummer:.....

INSZ-nummer (Rijksregisternummer):.....

Voltijds (uitgedrukt in 10<sup>den</sup>):.....

Rest van de tijd:.....

**Administratie (Contactpersonen in geval van eventuele administratieve vragen):**

→ Eerste contactpersoon :

Naam:.....

E-mailadres:.....

Tel.:..... Fax.....

INSZ-nummer (Rijksregisternummer):.....

→ Tweede contactpersoon:

Naam:.....

E-mailadres:.....

Tel.:..... Fax.....

INSZ-nummer (Rijksregisternummer):.....

**Verbintenissen**

De verplegingsinrichting verklaart akkoord te gaan met alle bepalingen van de vergoedingvoorwaarde B§09, punt 8 (Verbintenissen van de verplegingsinrichting) van de lijst.

Gedaan te (*plaats*)

op (*datum*)...../...../.....

**De ondergetekenden bevestigen kennis genomen te hebben van de bepalingen van de vergoedingsvoorwaarde B§09 van de lijst en daarvan alle voorwaarden te aanvaarden:**

Naam, voornaam en handtekening van de verantwoordelijke namens de inrichtende macht van de verplegingsinrichting:

Naam, voornaam, handtekening en stempel van elk geneesheer-specialist:

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 8 december 2014

De Leidend Ambtenaar,

H. DE RIDDER

De Voorzitter,

G. PERL