

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID**

N. 2004 — 3106 (2003 — 3361)

[C — 2004/22649]

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

In het *Belgisch Staatsblad* nr. 307 van 29 augustus 2003 — Ed. 1, op pagina 42257, dient in plaats van het franstalig formulier « annexe 3 » het bijgaande formulier « annexe 3 » gelezen te worden.

**SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE**

F. 2004 — 3106 (2003 — 3361)

[C — 2004/22649]

28 JUILLET 2003. — Règlement 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. — Erratum

Au *Moniteur belge* n° 307 du 29 août 2003 — Ed. 1, à la page 42257, en lieu et place du formulaire en français « annexe 3 », il y a lieu de lire le formulaire « annexe 3 » ci-joint.

Annexe 3

A envoyer sous enveloppe fermée au médecin-conseil

Soins infirmiers - Echelle d'évaluation

- justifiant la demande d'honoraires forfaitaires par journée de soins (1)
- notifiant des soins de toilette (1)

Identification du bénéficiaire

Nom et prénom:

Adresse:

Date de naissance:

N° d'inscription O.A.:

Je soussigné(e) inscrit(e)

sur la liste des praticiens de l'art infirmier de l'I.N.A.M.I. sous le n°

déclare que, conformément à la nomenclature des soins infirmiers, la dépendance physique du bénéficiaire peut être décrite comme suit:

Echelle d'évaluation

| Critère | Score | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------|-------|---|--|--|--|
| Se laver | | peut complètement se laver sans aucune aide | a besoin d'une aide partielle pour se laver sous 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 | | peut complètement s'habiller et se déshabiller sans aucune aide | a besoin d'une aide partielle pour s'habiller sous la ceinture (sans tenir compte des lacets) | a besoins 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 |
| Se déplacer | | peut se lever et se déplacer de façon entièrement indépendante, sans aide mécanique, ni aide de tiers | peut se lever de sa chaise ou de son lit de façon indépendante, mais utilise des auxiliaires mécanique pour se déplacer de façon autonome (béquilles, chaise roulante) | a absolument besoin de l'aide de tiers pour se lever et/ou se déplacer | est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer |
| Aller à la toilette | | peut aller seul à la toilette et s'essuyer | a besoin de l'aide partielle de tiers pour aller à la toilette ou s'essuyer | doit être entièrement aidé pour aller à la toilette ou s'essuyer | ne peut aller à la toilette ni sur une chaise percée |
| Continence | | est continent pour les urines et les selles | est incontinent accidentellement pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris) | est incontinent pour les urines ou les selles (y compris exercices de miction) | est incontinent pour les urines et les selles |
| Manger | | peut manger et 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 |

et donne connaissance au médecin-conseil qu'il/elle commence les soins chez le bénéficiaire:

en date du

pendant une période de semaine/mois (1)

à raison de jours de soins par semaine

..... toilette(s) par jour/par semaine (1)

..... Visites par jour (2)

Si des soins ont été prescrits, identification du médecin prescripteur:

nom, n° I.N.A.M.I.:

Cette demande est une première demande / une prolongation / une modification (1).

Centre de jour (3):

Sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-dessus, le forfait A / forfait B / forfait C (1) est demandé, des soins de toilette sont notifiés (1).

Le certificat médical établi par le médecin traitant, conformément au modèle fixé par le Comité de l'assurance soins de santé, permettant de considérer le bénéficiaire comme désorienté dans le temps et l'espace est/n'est pas (1) joint (Article 8, § 6 de la nomenclature).

Le praticien de l'art infirmier,
(date, nom et signature)

(1) Biffer la mention inutile.

(2) En cas de demande d'un forfait C.

(3) Le cas échéant indiquer l'adresse.