

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

F. 2009 — 2847

[C - 2009/22382]

31 JUILLET 2009. — 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 du Service des 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'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les trajets de soins, l'article 5, § 1<sup>er</sup>;

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;

Vu la proposition de la Commission nationale médico-mutualiste du 6 juillet 2009;

Après en avoir délibéré au cours de sa séance du 27 juillet 2009,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** Dans 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, les annexes 72 et 73 sont remplacées par les annexes 72 et 73 jointes au présent règlement.

**Art. 2.** Ce règlement entre en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2009.

Les contrats « trajets de soins » qui ont été transmis à l'organisme assureur avant le 1<sup>er</sup> septembre 2009 conformément au modèle en annexe 73 comme elle était en vigueur avant l'entrée en vigueur du présent règlement, restent valables pour la période initiale de 4 ans visée à l'article 2 de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les trajets de soins.

Bruxelles, le 31 juillet 2009.

Le Fonctionnaire Dirigeant,  
H. De Ridder.

Le Président,  
G. Perl.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2009 — 2847

[C - 2009/22382]

31 JULI 2009. — 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 van de Dienst 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 het koninklijk besluit van 21 januari 2009 tot uitvoering van artikel 36 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de zorgtrajecten, artikel 5, § 1;

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;

Gelet op het voorstel van de Nationale commissie geneesheren-ziektefondsen van 6 juli 2009;

Na erover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 27 juli 2009;

Besluit :

**Artikel 1.** In 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, worden de bijlagen 72 en 73 vervangen door de bijlagen 72 en 73 die bij onderhavige verordening zijn gevoegd.

**Art. 2.** Deze verordening treedt in werking op 1 september 2009.

De zorgtrajectcontracten die voor 1 september 2009 overeenkomstig het model in bijlage 73, zoals ze van kracht was voor de inwerking-treding van onderhavige verordening, aan de verzekeringsinstelling werden overgemaakt, blijven geldig voor de initiële periode van vier jaar bedoeld in artikel 2 van het koninklijk besluit van 21 januari 2009 tot uitvoering van artikel 36 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de zorgtrajecten.

Brussel, 31 juli 2009.

De Leidend Ambtenaar,  
H. De Ridder.

De Voorzitter,  
G. Perl.

**CONTRAT TRAJET DE SOINS DIABÈTE TYPE 2**

Vignette mutuelle du patient

**ENGAGEMENTS DU PATIENT****NOM DU PATIENT**

- Mon médecin généraliste, à qui je demande de transmettre cette demande au médecin-conseil de ma mutuelle, m'a expliqué aujourd'hui les conditions du trajet de soins diabète de type 2.
- J'ai été informé(e) par mon médecin généraliste que les bénéfices et la réussite du trajet de soins dépendent de ma participation active au plan de suivi. Je m'engage à cette fin à définir avec mon médecin généraliste l'organisation pratique de ce plan de suivi.
- Mon médecin généraliste et moi-même avons parlé des objectifs du traitement et de la façon de les atteindre en nous basant sur les informations décrites en page 2 du présent contrat.
- En outre, j'autorise mon médecin généraliste à transmettre à l'Institut scientifique de Santé Publique les données anonymisées me concernant qui se rapportent à l'âge, au sexe, au poids, à la taille, à la tension artérielle, et aux résultats de certaines analyses sanguines (Hb A1c, cholestérol LDL) à des fins d'évaluation scientifique et dans le respect des dispositions réglementaires relatives à la vie privée.

Date et signature

Je demande à mon médecin généraliste, signataire du présent contrat, de gérer mon dossier médical global : il/elle doit à cette fin en attester les honoraires dans l'année qui suit le début du trajet de soins..

**ENGAGEMENTS DE L'ENDOCRINO-DIABÉTOLOGUE / DE L'INTERNISTE**

J'accepte de participer au trajet de soins de ce patient, qui appartient au groupe à risque<sup>1</sup>, et plus précisément :

- d'encadrer, d'un commun accord avec lui, le médecin généraliste lors de l'élaboration, de l'évaluation et de l'adaptation d'un plan de suivi individuel pour le patient présentant un diabète de type 2 ; ce plan de suivi comprend des objectifs, un suivi planifié, des consultations médicales, des interventions paramédicales et des examens techniques
- de transmettre les rapports de mes consultations et examens techniques au médecin généraliste
- d'entretenir, avec le médecin généraliste, une communication efficace, soit à la demande du médecin généraliste, soit l'occasion d'une transmission des paramètres cliniques ou biologiques.

Nom + Cachet

Date et signature

Numéro de compte sur lequel sont versés les honoraires du trajet de soins

médecin spécialiste : titulaire :

numéro de compte :

OU

hôpital :

numéro de compte :

numéro d'entreprise :

**ENGAGEMENTS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE**

J'accepte de participer au trajet de soins du patient, qui appartient au groupe à risque<sup>1</sup>, et plus précisément :

- d'élaborer, d'évaluer et d'adapter, d'un commun accord avec l'endocrino-diabétologue, un plan de suivi individuel qui comprend des objectifs, un suivi planifié, des consultations médicales, des interventions paramédicales et des examens techniques pour le patient présentant un diabète de type 2
- de transmettre au médecin spécialiste mes observations et les résultats d'examens utiles au suivi du patient
- dans le cas où le patient ne la reçoit pas via un centre de diabète conventionné, lui prodiguer et entretenir l'éducation nécessaire concernant la maladie, le traitement et le suivi, moi-même ou via l'éducateur au diabète
- d'utiliser le dossier médical du patient
- de transmettre copie du présent contrat dûment complété au médecin-conseil.

Nom + Cachet

Date et signature

Numéro de compte sur lequel sont versés les honoraires du trajet de soins

- médecin généraliste : titulaire :

numéro de compte :

**MÉDECIN-CONSEIL DE LA MUTUALITÉ**

Je confirme réception du présent contrat conformément à la réglementation portant sur le trajet de soins diabète de type 2, applicable à partir du (date de réception conformément à la demande).....jusqu'au.....

Nom + Cachet

Date et signature

Vu pour être annexé au 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 Fonctionnaire Dirigeant,

H. De Ridder

Le Président,

G. Peri

<sup>1</sup> Critères d'inclusion pour un trajet de soins diabète de type 2

- 1 ou 2 injections d'insuline par jour
- contrôle insuffisant sous traitement oral maximal : dans ce cas, une insulinothérapie doit être envisagée

## Critères d'exclusion

- grossesse ou souhait de grossesse
- plus de deux injections d'insuline par jour
- diabète de type 1

## CONTRAT TRAJET DE SOINS DIABETE (page2)

### INFORMATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DU DIABÈTE DE TYPE 2

#### OBJECTIF GÉNÉRAL

Une bonne prise en charge de votre diabète vous garantit une vie plus saine et plus longue.  
Cette prise en charge évite pendant plus longtemps les complications dues à l'obstruction des vaisseaux sanguins.

#### OBJECTIFS PERSONNELS

Vos objectifs personnels vous guident dans la prise en charge de votre diabète.  
En concertation avec votre médecin généraliste, vous établissez, pour votre trajet de soins, un plan de suivi concret qui repose sur les objectifs suivants :

- Avoir un mode de vie sain :
  - bouger régulièrement
  - arrêter de fumer
  - manger sainement
  - contrôler votre poids
- Suivre et, si nécessaire, traiter avec des médicaments :
  - votre glycémie (glucose sanguin) ;
  - votre cholestérol et graisses dans le sang ;
  - votre tension artérielle
  - le risque d'obstruction des vaisseaux sanguins grâce à la prise de médicaments
  - votre surpoids
  - votre tabagisme : arrêter de fumer
- Un examen sanguin : HbA1c <sup>2</sup>
- Un contrôle chez votre médecin généraliste pour détecter les complications éventuelles :
  - questionnaire (risque de maladie cardiaque, douleurs nerveuses,...)
  - examen des pieds
  - examen du sang et des urines
- Un examen des yeux chez votre ophtalmologue
- Vaccinations contre la grippe et le pneumocoque <sup>3</sup>
- Mieux comprendre votre maladie et votre plan de soins, à l'aide d'éducation au diabète.

<sup>2</sup> HbA1c = Hémoglobine A1c : indique si votre sucre (glucose) sanguin était bien réglé au cours des trois derniers mois.

<sup>3</sup> Le diabète diminue votre résistance face à la grippe et aux maladies infectieuses; la grippe peut dérégler votre diabète.

**ZORGTRAJECTCONTRACT DIABETES TYPE 2**

Kleefbriefje ziekenfonds van de patiënt

**VERBINTENISSEN VAN DE PATIËNT NAAM VAN DE PATIËNT**

- Mijn huisarts, die ik verzoek om deze aanvraag aan de adviserend geneesheer van mijn ziekenfonds te bezorgen, heeft mij vandaag de voorwaarden voor het zorgtraject diabetes type 2 uitgelegd.
- Ik werd op de hoogte gebracht door mijn huisarts dat de voordelen en het welzijn van het zorgtraject afhangen van mijn actieve deelname aan het zorgplan. Ik verbind mij ertoe de praktische organisatie van dat zorgplan vast te leggen met mijn huisarts.
- Mijn huisarts besprak met mij de behandelingsdoelen en hoe ze te bereiken, gebaseerd op pagina 2 van dit contract.
- Bovendien geef ik mijn huisarts de toestemming om de volgende geanonimiseerde gegevens die op mij betrekking hebben : geslacht, leeftijd, gewicht, lengte, arteriële bloeddruk, en de resultaten van sommige bloedonderzoeken (HbA1c, LDL-cholesterol) over te maken aan het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid met als doel een wetenschappelijke evaluatie en met naleving van de reglementering van de persoonlijke levenssfeer

Datum en handtekening

- Ik vraag aan mijn huisarts die dit contract ondertekent, mijn globaal medisch dossier te beheren : hij/zij moet daartoe binnen het jaar na de start van het zorgtraject het honorarium aanrekenen

**VERBINTENISSEN VAN DE DIABETOLOOG/INTERNIST**Ik stem ermee in om deel te nemen aan het zorgtraject van deze patiënt, die behoort tot de doelgroep<sup>1</sup>, en meer bepaald om :

- in onderlinge overeenstemming de huisarts te ondersteunen bij de uitwerking, de evaluatie en de aanpassing, van een individueel zorgplan voor de patiënt met diabetes type 2. Dit omvat doelstellingen, een geplande follow-up, medische raadplegingen, paramedische tussenkomsten en technische onderzoeken
- de verslagen van mijn raadplegingen en technische onderzoeken aan de huisarts te bezorgen
- met de huisarts een doeltreffende communicatie te onderhouden, ofwel op verzoek van de huisarts, ofwel naar aanleiding van de overdracht van klinische of biologische parameters.

Naam + Stempel

Datum en handtekening

Bankrekeningnummer voor de betaling van het zorgtrajecthonorarium

 specialist : titularis :

rekeningnummer :

OF

 ziekenhuis :

rekeningnummer

ondernemingsnummer

**VERBINTENISSEN VAN DE HUISARTS**Ik stem ermee in om deel te nemen aan het zorgtraject van deze patiënt die behoort tot de doelgroep<sup>1</sup> en meer bepaald om :

- in onderlinge overeenstemming met de endocrino-diabetoloog, een individueel zorgplan uit te werken, te evalueren en aan te passen. Dit omvat doelstellingen, een geplande follow-up, medische raadplegingen, paramedische tussenkomsten en technische onderzoeken voor de patiënt met diabetes type 2
- mijn observaties en de resultaten van relevante onderzoeken voor de opvolging van de patiënt aan de geneesheer-specialist te bezorgen
- indien de patiënt deze niet via een geconventioneerd diabetescentrum krijgt, de nodige educatie betreffende de ziekte, de behandeling en de follow-up, zelf of via de diabetes-educator aan de patiënt te geven en te onderhouden
- het medisch dossier van de patiënt te gebruiken
- kopie van dit behoorlijk ingevuld contract aan de adviserend geneesheer te bezorgen.

Naam + Stempel

Datum en handtekening

Bankrekeningnummer voor de betaling van het zorgtrajecthonorarium

-huisarts : titularis :

rekeningnummer :

**ADVISEREND GENEESHEER van het ziekenfonds**

Ik bevestig ontvangst van dit contract conform de reglementering betreffende het zorgtraject diabetes type 2 dat geldt vanaf (datum ontvangst conforme aanvraag).....tot.....

Naam + Stempel

Datum en handtekening

Gezien om te worden gevoegd bij 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.

De Leidend Ambtenaar,  
R. De RIDDER

De VOORZITTER  
G. PERL

<sup>1</sup>Inclusiecriteria voor een zorgtraject diabetes type 2

- één of twee insuline-injecties per dag
- onvoldoende controle bij maximale orale behandeling waarbij insuline behandeling moet overwogen worden

## Exclusiecriteria

- zwanger of zwangerschapswens
- meer dan 2 insuline-injecties per dag
- type 1 diabetes

**CONTRACT ZORGTRAJECT DIABETES TYPE 2 (pagina 2)****INFORMATIE OVER DE AANPAK VAN SUIKERZIEKTE (DIABETES TYPE 2)****ALGEMENE DOELSTELLING**

Een goede aanpak van uw suikerziekte verzekert u een langer én gezonder leven.  
Deze aanpak houdt verwickelingen, die ontstaan door het dichtslibben van bloedvaten, ook langer tegen.

**PERSOONLIJKE DOELSTELLINGEN**

Uw persoonlijke doelstellingen vormen de leidraad voor de aanpak van uw suikerziekte.  
Op basis van onderstaande doelstellingen maken u en uw huisarts een concreet zorgplan voor uw zorgtraject :

- Gezonde leefstijl met aandacht voor
  - Regelmatig bewegen
  - Stoppen met roken
  - Gezonde voeding
  - Gewicht
- Opvolgen en behandelen, zo nodig met geneesmiddelen, van
  - Bloedsuiker
  - Cholesterol en vetten in het bloed
  - Bloeddruk
  - Het dichtslibben van bloedvaten voorkomen met medicatie
  - Overgewicht
  - Tabakgebruik : stoppen met roken
- Bloedonderzoek : HbA1c<sup>2</sup>
- Controle bij uw huisarts om eventuele verwickelingen op te sporen :
  - Ondervraging (risico op hartlijden , zenuwpijnen,..)
  - Onderzoek van de voeten
  - Bloed- en urineonderzoek
- Oogonderzoek bij de oogarts
- Inenting tegen griep en pneumokokken<sup>3</sup>
- Beter begrijpen van uw ziekte en de geplande zorg, met de hulp van diabeteseducatie

<sup>2</sup> Hemoglobine A1c : geeft aan of uw bloedsuiker gedurende de voorbije 3 maanden goed geregeld was

<sup>3</sup> door suikerziekte vermindert uw afweer tegen griep en infectieziekten; griep kan uw suikerziekte ontregelen

**CONTRAT TRAJET DE SOINS INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE**

Vignette mutuelle du patient

**ENGAGEMENTS DU PATIENT****NOM DU PATIENT .....**

- Mon médecin généraliste, à qui je demande de transmettre cette demande au médecin-conseil de ma mutualité, m'a expliqué aujourd'hui les conditions du trajet de soins insuffisance rénale chronique ;
- J'ai été informé(e) par mon médecin généraliste que les bénéfices et la réussite du trajet de soins dépendent de ma participation active au plan de suivi. Je m'engage à cette fin à définir avec mon médecin généraliste l'organisation pratique de ce suivi optimal;
- Mon médecin généraliste et moi-même avons parlé des objectifs du traitement et de la façon de les atteindre en nous basant sur les informations décrites en page 2 du présent contrat ;
- En outre, j'autorise mon médecin généraliste à transmettre à l'Institut scientifique de Santé Publique les données anonymisées me concernant qui se rapportent à l'âge, au sexe, au diagnostic rénal, à la tension artérielle, et aux résultats de certains examens sanguins : (hémoglobine, créatinine, e-GFR, parathormone), à des fins d'évaluation scientifique et dans le respect des dispositions réglementaires relatives à la vie privée.

Date et signature

Je demande à mon médecin généraliste, signataire du présent contrat, de gérer mon dossier médical global : il/elle doit à cette fin en attester les honoraires dans l'année qui suit le début du trajet de soins.

**ENGAGEMENTS DU NEPHROLOGUE / DE L'INTERNISTE**J'accepte de participer au trajet de soins de ce patient, qui appartient au groupe cible<sup>1</sup>, et plus précisément :

- d'encadrer, d'un commun accord avec lui, le médecin généraliste lors de l'élaboration, de l'évaluation et de l'adaptation d'un plan de suivi individuel pour le patient présentant une insuffisance rénale chronique; ce plan comprend des objectifs, un suivi planifié, des consultations médicales, des interventions paramédicales et des examens techniques ;
- de transmettre les rapports de mes consultations et examens techniques au médecin généraliste ;
- d'entretenir, avec le médecin généraliste, une communication efficace, soit à la demande du médecin généraliste, soit à l'occasion d'une transmission des paramètres cliniques ou biologiques.

Nom + Cachet

Date et signature

Numéro de compte en banque pour le paiement des honoraires du trajet de soins

 médecin spécialiste : titulaire : numéro de compte :

OU

 hôpital : numéro de compte :

numéro d'entreprise :

**ENGAGEMENTS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE**J'accepte de participer au trajet de soins de ce patient, qui appartient au groupe cible<sup>1</sup>, et plus précisément :

- d'élaborer, d'évaluer et d'adapter, d'un commun accord avec le néphrologue, un plan de suivi individuel qui comprend des objectifs, un suivi planifié, des consultations médicales, des interventions paramédicales et des examens techniques pour le patient présentant une insuffisance rénale chronique;
- de transmettre au médecin spécialiste mes observations et les résultats d'examen utiles au suivi du patient
- d'utiliser le dossier médical du patient ;
- de transmettre copie du présent contrat dûment complété au médecin-conseil.

Nom + Cachet

Date et signature

Numéro de compte en banque pour le paiement des honoraires du trajet de soins

- médecin généraliste : titulaire : numéro de compte :

**MÉDECIN-CONSEIL DE LA MUTUALITÉ**

Je confirme réception du présent contrat conformément à la réglementation portant sur le trajet de soins applicable à partir du (date de réception conformément à la demande).....jusqu'au.....

Nom + Cachet

Date et signature

Vu pour être annexé au 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 Fonctionnaire Dirigeant,

H. De Ridder

Le Président,

G. Perl

<sup>1</sup> Critères d'inclusion pour un trajet de soins insuffisance rénale chronique :

- Avoir une insuffisance rénale chronique définie par
  - o une vitesse de filtration glomérulaire calculée  $< 45 \text{ ml/min/1,73m}^2$  selon la formule MDRD simplifiée confirmée au moins 2 x avec un intervalle d'au moins 3 mois
  - et/ou
  - o une protéinurie de  $> 1 \text{ g/jour}$  confirmée au moins 2 x avec un intervalle d'au moins 3 mois
- être âgé de plus de 18 ans
- ne pas être en dialyse ni transplanté
- être capable d'un follow up ambulatoire, c.à.d. consulter le néphrologue/interniste dans son cabinet de consultation

## CONTRAT TRAJET DE SOINS INSUFFISANCE RENALE (page2)

### INFORMATION SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

#### OBJECTIF GENERAL

Une bonne prise en charge de votre maladie rénale vous garantit une vie plus saine et plus longue. Cette prise en charge peut fortement ralentir l'évolution de votre maladie. Elle permet également de maintenir le plus longtemps possible un fonctionnement « correct » de vos reins et diminue votre risque de maladie cardio-vasculaire.

#### VOS OBJECTIFS PERSONNELS

Vos objectifs personnels vous guident dans la prise en charge de votre maladie rénale.

En concertation avec votre médecin généraliste, vous établissez, pour votre trajet de soins, un plan de suivi concret qui repose sur les objectifs suivants :

- Avoir un mode de vie sain :
  - bouger régulièrement
  - arrêter de fumer
  - manger sainement
  - perdre du poids si nécessaire
  - ne pas utiliser de médicaments (p.ex : antidouleurs) sans avis de votre médecin : ils peuvent être nocifs pour vos reins
  
- Suivre et, si nécessaire, traiter avec des médicaments :
  - votre glycémie (glucose dans le sang)
  - votre tension artérielle
  - votre cholestérol et graisses dans le sang
  - votre protéinurie : albumine dans l'urine
  - votre anémie
  - l'état de vos os et articulations
  - votre tabagisme : arrêter de fumer
  - un régime adapté avec l'aide d'un diététicien expérimenté
  - prendre les médicaments nécessaires comme prescrits
  
- Un examen sanguin  
Votre spécialiste et votre généraliste déterminent la fréquence des ces examens sanguins.
  
- Un examen de contrôle : dépistage des complications au niveau d'autres organes
  
- Vaccinations contre la grippe, l'hépatite et le pneumocoque

**ZORGTRAJECTCONTRACT CHRONISCHE NIERINSUFFICIENTIE**

Kleefbriefje ziekenfonds van de patiënt

**VERBINTENISSEN VAN DE PATIENT**

NAAM VAN DE PATIENT : .....

- Mijn huisarts, die ik verzoek om deze aanvraag aan de adviserend geneesheer van mijn ziekenfonds te bezorgen, heeft mij vandaag de voorwaarden voor het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie uitgelegd.
- Ik werd door mijn huisarts op de hoogte gebracht dat de voordelen en het welslagen van het zorgtraject afhangen van mijn actieve deelname aan het zorgplan. Ik verbind mij ertoe om de praktische organisatie van het zorgplan vast te leggen met mijn huisarts.
- Mijn huisarts besprak met mij de behandelingsdoelen en hoe ze te bereiken, gebaseerd op de gegevens op pagina 2 van dit contract.
- Bovendien geef ik mijn huisarts de toestemming om de volgende geanonimiseerde gegevens die op mij betrekking hebben : leeftijd, geslacht, renale diagnose, arteriële bloeddruk, de resultaten van sommige bloedonderzoeken (hemoglobine, creatinine, eGFR, parathormoon) over te maken aan het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid met als doel wetenschappelijke evaluatie en met naleving van de reglementering van de persoonlijke levenssfeer.

Datum en handtekening

Ik vraag aan mijn huisarts die dit contract ondertekent, mijn globaal medisch dossier te beheren : hij/zij moet daartoe binnen het jaar na de start van het zorgtraject het honorarium aanrekenen

**VERBINTENISSEN VAN DE NEFROLOOG/INTERNIST**Ik stem ermee in om deel te nemen aan het zorgtraject van deze patiënt, die behoort tot de doelgroep<sup>1</sup>, en meer bepaald om :

- in onderlinge overeenstemming de huisarts te ondersteunen bij de uitwerking, de evaluatie en de aanpassing, van een individueel zorgplan voor de patiënt met chronische nierinsufficiëntie. Dit omvat doelstellingen, een geplande follow-up, medische raadplegingen, paramedische tussenkomsten en technische onderzoeken
- de verslagen van mijn raadplegingen en technische onderzoeken aan de huisarts te bezorgen
- met de huisarts een doeltreffende communicatie te onderhouden, ofwel op verzoek van de huisarts, ofwel naar aanleiding van de overdracht van klinische of biologische parameters.

Naam + Stempel

Datum en handtekening

Bankrekeningnummer voor de betaling van het zorgtrajecthonorarium

 specialist : titularis : rekeningnummer :

OF

 ziekenhuis : rekeningnummer  
ondernemingsnummer**VERBINTENISSEN VAN DE HUISARTS**Ik stem ermee in om deel te nemen aan het zorgtraject van deze patiënt, die behoort tot de doelgroep<sup>1</sup>, en meer bepaald om :

- in onderlinge overeenstemming met de nefroloog, een individueel zorgplan uit te werken, te evalueren en aan te passen. Dit omvat doelstellingen, een geplande follow-up, medische raadplegingen, paramedische tussenkomsten en technische onderzoeken voor de patiënt met chronische nierinsufficiëntie
- mijn observaties en de resultaten van relevante onderzoeken voor de opvolging van de patiënt aan de geneesheer-specialist te bezorgen
- het medisch dossier van de patiënt te gebruiken
- een kopie van dit behoorlijk ingevuld contract aan de adviserend geneesheer te bezorgen.

Naam + Stempel

Datum en handtekening

Bankrekeningnummer voor de betaling van het zorgtrajecthonorarium

-huisarts : titularis : rekeningnummer :

**ADVISEREND GENEESHEER VAN HET ZIEKENFONDS**

Ik meld ontvangst van dit contract conform de reglementering betreffende het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie dat geldt vanaf (datum ontvangst conforme aanvraag).....tot.....

Naam + Stempel

Datum en handtekening

Gezien om te worden gevoegd bij 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.

De Leidend Ambtenaar,

R. De RIDDER

De VOORZITTER

G. PERL

<sup>1</sup>Inclusiecriteria voor een zorgtraject chronische nierinsufficiëntie :

- een chronische nierinsufficiëntie hebben, gedefinieerd als
  - o een berekende glomerulaire filtratiesnelheid <45ml/min/1,73m<sup>2</sup> volgens de vereenvoudigde MDRD-formule minstens 2x bevestigd met een tussentijd van ten minste 3 maanden
  - en/of
  - o een proteïnurie van >1g/dag minstens 2x bevestigd met een tussentijd van ten minste 3 maanden
- ouder zijn dan 18 jaar
- niet in dialyse zijn en niet getransplanteerd zijn
- in staat zijn tot ambulante follow up, d.w.z. nefroloog/internist raadplegen in diens spreekkamer



## ZORGTRAJECTCONTRACT CHRONISCHE NIERINSUFFICIENTIE (pagina 2)

### INFORMATIE OVER DE AANPAK VAN DE CHRONISCHE NIERINSUFFICIENTIE

#### ALGEMENE DOELSTELLING

Een goede aanpak van uw nierziekte verzekert u een langer én gezonder leven. Deze aanpak kan de evolutie van uw nierziekte sterk vertragen, wil de werking van uw nieren zolang mogelijk behouden en uw kans op hart en vaatziekten verminderen.

#### UW PERSOONLIJKE DOELSTELLINGEN

Uw persoonlijke doelstellingen vormen de leidraad voor de aanpak van uw nierziekte. Op basis van onderstaande doelstellingen maken u en uw huisarts een concreet zorgplan voor uw zorgtraject.

- Gezonde leefstijl
  - Regelmatig bewegen
  - Stoppen met roken
  - Gezonde voeding
  - Gewicht verliezen indien nodig
  - Geen geneesmiddelen gebruiken (bv. pijnstillers) zonder advies van uw dokter : zij kunnen schadelijk zijn voor uw nieren
  
- Opvolgen en behandelen, zo nodig met geneesmiddelen, van
  - Bloedsuiker
  - Bloeddruk
  - Cholesterol en vetten in het bloed
  - Proteïnurie : eiwit in de urine
  - Bloedarmoede
  - Toestand van uw beenderen en gewrichten
  - Tabakgebruik : stoppen met roken
  - Aangepast dieet : met de hulp van een ervaren diëtist
  - De nodige geneesmiddelen innemen zoals voorgeschreven
  
- Bloedcontrole  
Uw specialist en huisarts bepalen de regelmaat waarmee de bloedcontroles moeten gebeuren
  
- Controle : opsporen van verwickelingen in andere organen
  
- Inentingen : tegen griep, hepatitis en pneumokokken