

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2016/22245]

30 MEI 2016. — 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 30 mei 2016;

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-13 en B-Form-I-14 met betrekking tot de aanvraagprocedure en het formulier B-Form-I-15 met betrekking tot de follow-up, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk « B. Neurochirurgie » van de lijst, toegevoegd. Deze formulieren gaan als bijlage 1, 2 en 3 bij deze verordening.

Art. 2. In de bijlage II van dezelfde verordening wordt het formulier B-Form-II-04 met betrekking tot de criteria voor de verplegingsinrichting, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk « B. Neurochirurgie » van de lijst toegevoegd. Dit formulier gaat als bijlage 4 bij deze verordening.

Art. 3. Deze verordening treedt in werking op 1 augustus 2016.

Brussel, 30 mei 2016.

De Leidend Ambtenaar,
H. DE RIDDER

De Voorzitter,
J. VERSTRAETEN

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2016/22245]

30 MAI 2016. — 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 30 mai 2016;

Arrête :

Article 1^{er}. 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-13, B-Form-I-14 concernant la procédure de demande et le formulaire B-Form-I-15 concernant le suivi auxquels il est fait référence au chapitre « B. Neurochirurgie » de la liste, sont ajoutés. Ces formulaires suivent en annexe 1, 2 et 3 de ce règlement.

Art. 2. A l'annexe II du même règlement, le formulaire B-Form-II-04 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 4 de ce règlement.

Art. 3. Le présent règlement entre en vigueur 1^{er} août 2016.

Bruxelles, le 30 mai 2016.

Le Fonctionnaire Dirigeant,
H. DE RIDDER

Le Président,
J. VERSTRAETEN

B-Form-I-13
Versie 1

Bijlage 1 bij Verordening van 30 mei 2016 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-13

Aanvraagformulier voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor de verstrekkingen 173552-173563, 173574-173585, 173670-173681, 173736-173740, 173795-173806, 173832-173843 en 173876-173880 :

(Gelieve dit formulier in drukletters in te vullen)

- *Terug te sturen VÓÓR IMPLANTATIE naar:*
- *de adviserend geneesheer die de aanvraag naar het College van Geneesheren-directeuren 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:

Geboortedatum:

Rijksregisternummer:

Geslacht:

Adres:

.....

Identificatiegegevens van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende

Naam van de verzekeringsinstelling:

Adres:

.....

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

1. GEGEVENS VAN DE PATIENT

Leefomgeving :

- Alleen
- Gezinsverband
- Thuis met hulp
- Rusthuis
- Andere :

Beroep :

Sociale Activiteit :

- Professioneel actief
- Werkombekwaamheid maar nog actief
- Werkombekwaamheid TR (Tremor Related)
- Werkombekwaamheid non TR (Tremor Related)

2. INDICATIE

- Medicamenteus uitbehandelde primaire dystonie t.t.z. niet secundair aan een evolutieve aandoening en niet samengaand met een andere ernstige hersenpathologie
- Medicamenteus uitbehandelde secundaire tremoren zoals bij multiple sclerose, posttraumatische tremor... Deze tremoren moeten objectieveerbaar zijn op gevalideerde schalen.
- PKAN (panthotenate kinase associated neurodegeneration)
- Een zogenaamde secundaire dystonie, zonder op de RMI zichtbare letsels

Lokalisatie

- VIM
- GPI
- STN
- Andere :

Lateralisatie

- Rechts
- Links
- Bilateraal

3. ANAMNESE

3.1 Algemeen geneeskundig

3.2 Algemeen heelkundig

3.3 Neurochirurgisch

3.4 Neurologisch (niet tremor gebonden)

4. DYSTONIE

4.1 Medisch rapport in bijlage toevoegen

4.2 Etiologie van de dystonie

- Primair
- Primair en DYT 1 positief
- Secundair

4.3 Clinische vorm

- Gegeneraliseerd
- Hemidystonie
- Segmentair
- Focaal

4.4 Symptomen

- Dystonie onderste lidmaat links
- Dystonie onderste lidmaat rechts
- Dystonie bovenste lidmaat links
- Dystonie bovenste lidmaat rechts
- Axiale dystonie (romp)
- Cervicale dystonie
- Dystonie van het aangezicht
- Spasmodische dystonie
- Tremor

5. SECUNDAIRE TREMOREN

5.1 Diagnose

- Multiple Sclerose tremor (vervolledig 5.2)
 Post-traumatische tremor (vervolledig 5.3)

5.2 Multiple Sclerose (MS) tremor

Sinds : [Click here to enter a date.](#)

Gebaseerd op (niet klinisch) de : MRI
 PL
 Evoked Pot

Duur evolutie : _____ jaar

- Vorm : Goedaardig
 Recidief-intermitterend
 Secundair progressief
 Primair progressief

Geassocieerde deficieten :

- Motorisch Choose an item.
 Sensitief Choose an item.
 Cerebellair Choose an item.
 Vestibulair Choose an item.
 Sphincter Choose an item.
 Cognitief Choose an item.
 Andere : _____ Choose an item.

Datum laatste opstoot : [Click here to enter a date.](#)

Handicap EDSS (Kurtzke Expanded Disability Status Scale)

<input type="checkbox"/>	0.0	Normal Neurological Exam
<input type="checkbox"/>	1.0	No disability, minimal signs on 1 FS (Functional System)
<input type="checkbox"/>	1.5	No disability, minimal signs on 2 of 7 FS
<input type="checkbox"/>	2.0	Minimal disability in 1 of 7 FS
<input type="checkbox"/>	2.5	Minimal disability in 2 FS
<input type="checkbox"/>	3.0	Moderate disability in 1 FS; or mild disability in 3 - 4 FS, though fully ambulatory
<input type="checkbox"/>	3.5	Fully ambulatory but with moderate disability in 1 FS and mild disability in 1 or 2 FS; or moderate disability in 2 FS; or mild disability in 5 FS
<input type="checkbox"/>	4.0	Fully ambulatory without aid, up and about 12hrs a day despite relatively severe disability. Able to walk without aid 500 meters
<input type="checkbox"/>	4.5	Fully ambulatory without aid, up and about much of day, able to work a full day, may otherwise have some limitations of full activity or require minimal assistance. Relatively severe disability. Able to walk without aid 300 meters
<input type="checkbox"/>	5.0	Ambulatory without aid for about 200 meters. Disability impairs full daily activities
<input type="checkbox"/>	5.5	Ambulatory for 100 meters, disability precludes full daily activities
<input type="checkbox"/>	6.0	Intermittent or unilateral constant assistance (cane, crutch or brace) required to walk 100 meters with or without resting
<input type="checkbox"/>	6.5	Constant bilateral support (cane, crutch or braces) required to walk 20 meters

B-Form-I-13
Versie 1

		without resting
<input type="checkbox"/>	7.0	Unable to walk beyond 5 meters even with aid, essentially restricted to wheelchair, wheels self, transfers alone; active in wheelchair about 12 hours a day
<input type="checkbox"/>	7.5	Unable to take more than a few steps, restricted to wheelchair, may need aid to transfer; wheels self, but may require motorized chair for full day's activities
<input type="checkbox"/>	8.0	Essentially restricted to bed, chair, or wheelchair, but may be out of bed much of day; retains self care functions, generally effective use of arms
<input type="checkbox"/>	8.5	Essentially restricted to bed much of day, some effective use of arms, retains some self care functions
<input type="checkbox"/>	9.0	Helpless bed patient, can communicate and eat
<input type="checkbox"/>	9.5	Unable to communicate effectively or eat/swallow
<input type="checkbox"/>	10.0	Death due to MS

5.3 Post-traumatische tremor

Hersentrauma

Datum van het neurologisch probleem: Click here to enter a date.

Ernst : Ernstig
 Gemiddeld
 Licht

Duur vooraleer tremor voorkwam : __ jaar __ maand

Geassocieerde deficieten :

Motorisch Choose an item.
 Sensitief Choose an item.
 Cerebelair Choose an item.
 Vestibulair Choose an item.
 Sphincter Choose an item.
 Cognitief Choose an item.
 Andere : _____ Choose an item.

6. BEHANDELINGEN

6.1 Eerdere behandelingen

		Efficacité
DYSTONIE	L-Dopa	Choose an item.
	Anticholinerge med	Choose an item.
	Benzodiazépines	Choose an item.
	Andere : _____	Choose an item.
TREMOR	Propanolol	Choose an item.
	Primidone	Choose an item.
	B-blokkers	Choose an item.
	Acide Valproïque	Choose an item.
	Clonazepam	Choose an item.
	Andere : _____	Choose an item.

6.2 Huidige behandeling van de tremor

Naam	Dosis (mg/dag)

6.3 Andere medicatie

Naam	Dosis (mg/dag)

7. BIJKOMENDE ONDERZOEKEN

7.1 MRI

Datum : [Click here to enter a date.](#)

Volledig protocol als bijlage hier toevoegen

- Normal
 Non specific moderately normal
 Widespread white matter changes or striatal abnormal signals

7.2 Neuropsychologisch onderzoek

Datum : [Click here to enter a date.](#)

Volledig protocol als bijlage hier toevoegen

Symptoms of psychiatric disease within last five years (not related to « anti-tremor » drugs)

- None
 Mild
 Transient
 Drug treatment as out patient required
 Severe with at least 2 admissions in a psych. dept.

Present cognitive state as judged by neurologist and neuropsychologic tests

- Normal
 Moderately impaired
 Clear cognitive impairment

MMSE : _____ (0-30)

7.3 Oculaire perimetrie (bij GPI)

Volledig protocol als bijlage hier toevoegen

B-Form-I-13
Versie 1**8. BFMDS (Burke- Fahn- Marsden Dystonia Scale)
te vervolledigen in geval van dystonie**

8.1 Dystonia movement scale

Region	Provoking factor (0-4)	Severity factor (0-4)	Weight	Product
Eyes			0.5	
Mouth			0.5	
Speech and swallow			1.0	
Neck			0.5	
Arm (R)			1.0	
Arm (L)			1.0	
Trunk			1.0	
Leg (R)			1.0	
Leg (L)			1.0	
SUM				

MAX 120

8.2 Disability scale

Function	Score (0-4)*
Speech	
Writing	
Feeding	
Eating	
Hygiene	
Dressing	
Walking	
SUM	0

MAX 30

* : except walking: score 0-6

**9. TWSTRS (Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale)
te vervolledigen in geval van dystonie**

I. Torticollis Severity Scale (maximum = 35)			
A. Maximal Excursion		Score	Weight
1. Rotation	0-4		1
2. Laterocollis	0-4		1
3. Anterocollis or Retrocollis			1
a. Anterocollis	0-3		1
b. Retrocollis	0-3		1
4. Lateral shift	0-1		1
5. Sagittal shift	0-1		1
B. Duration Factor	0-5		2
C. Effect of Sensory Tricks	0-2		1
D. Shoulder Elevation/Anterior Displacement	0-3		1
E. Range of Motion	0-4		1
F. Time	0-4		1
II. Disability Scale (maximum = 30)			
A. Work	0-5		
B. Activities of Daily Living	0-5		
C. Driving	0-5		
D. Reading	0-5		
E. Television	0-5		
F. Activities Outside the Home	0-5		
III. Pain Scale (maximum = 20)			
A. Severity of Pain	(worst + best + (2*usual))/4	0	
worst			
best			
usual			
B. Duration of Pain	0-5		
C. Disability Due to Pain	0-5		
SCORE		0	
SUBTOTAL SEVERITY		0	MAX 35
SUBTOTAL DISABILITY		0	MAX 30
SUBTOTAL PAIN		0	MAX 20

10. TFS (Tolosa-Fahn Scale)
invullen in geval van secundaire tremoren

Datum :Click here to enter a date.

Dominante hand: Rechts
 Links
 Beide

			REST	POST	ACT/INT
1	Face tremor	0-4			
2	Tongue tremor	0-4			
3	Voice tremor	0-4			
4	Head tremor	0-4			
5	Right upper extremity tremor	0-4			
6	Left upper extremity tremor	0-4			
7	Trunk tremor	0-4			
8	Right lower extremity tremor	0-4			
9	Left lower extremity tremor	0-4			

10	Handwriting	0-4	
----	-------------	-----	--

			RIGHT	LEFT
11	Drawing A	0-4		
12	Drawing B	0-4		
13	Drawing C	0-4		
14	Pouring	0-4		

15	Speaking	0-4	
16	Feeding other than liquids	0-4	
17	Bringing liquids to mouth	0-4	
18	Hygiene	0-4	
19	Dressing	0-4	
20	Writing	0-4	
21	Working	0-4	

Total 15-21 0

TOTAL 1-21 0

11. VIDEO-PROTOCOL**Te vervolledigen in geval van dystonie en secundaire tremoren**

Indien de video niet gemaakt werd, gelieve een rechtvaardiging te geven

*Dystonia Study Group Videotape examination protocol*Part 1: Eyes and upper face

Perspective	Activity
Close view of head and shoulders; sitting unsupported in chair without back	At rest (10 sec) Eyes open (10 seconds close view, 10 seconds far view) Eyes closed (10 seconds close view, 10 seconds far view) Forced eye blinks: 10 repetitions (10 sec)

Part 2: Lower face, jaw, tongue, larynx

Perspective	Activity
Patient seated	Close view of face at rest (10 sec) Reading: standardized passage aloud (Rainbow passage). First 3 lines Repeated consonants: Tee, Mee, La, Ca: 5 of each (15 sec) Holding the note "eeee" for 5 seconds Count to 10 (5 sec) Tongue protrusion: (5 sec) Opening and closing mouth for 5 reps (10 sec)
Swallow interview	Question to patient: Do you have problems with swallowing? If yes, is it occasional or frequent? Do you choke occasional or frequently? Can you swallow firm foods? Liquids?

Part 3: Neck

Perspective	Activity
Seated in chair, close view head and shoulders	Frontal view at rest (instruct to allow head to move) (10 sec) Seated with eyes closed (instruct to allow head to move) (10 sec) Quiet conversation for 2 sentences (10 sec) Turn head all the way to right then left Tilt ear to shoulder on each side Look up and look down Lateral view (5 sec) Walking back and forth twice (total 20 sec)

Part 4: Shoulders and upper arms, distal arm and hands

Perspective	Activity
Far view of upper half of body	Arms extended supinated: 5 sec Arms extended pronated: 5 sec Arms flexed at elbow in front of chest: 5 sec Finger to nose: 5 repetitions (5 sec)

B-Form-I-13

Versie 1

	Finger tapping, right than left: 5 reps (5 sec) Flex and extend wrists with arms outstretched for 5 reps (5 sec) Cup to lips, right than left arm (5 sec) Writing: "Today is a nice day" for 3 repetitions (maximum time 15 sec) Drawing spiral without hand resting on paper; right than left hand (maximum time 10 sec) Hold up spiral
--	--

Part 5: Upper leg, distal leg, foot and trunk

Perspective	Activity
Far view entire body, sitting	Sitting quietly (10 sec) Heel to toe taps: 5 reps on each side (10 sec)
Far view entire body: standing and walking	Standing frontal view for 10 sec Standing: lateral view for 5 sec Standing: back view for 5 sec Walking: away and toward examiner 20 feet: 2 reps (maximum 20 seconds)

HANDTEKENING VAN HET TEAM

TOLOSA-FAHN SCALE

Datum : [Click here to enter a date.](#)

Naam van de patiënt :

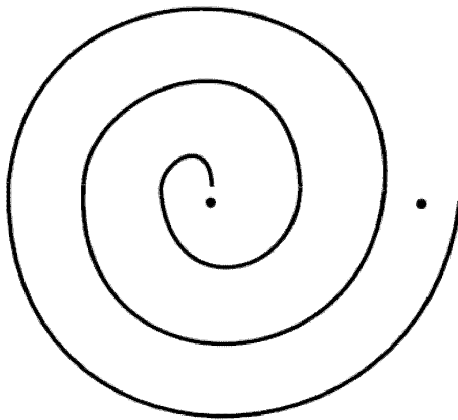
RECHTER HAND

Schrijf de zin : « Dit is mijn beste handschrift »

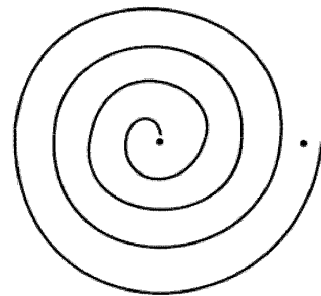
Schrijf uw naam :

Verbind de 2 punten zonder de lijnen te kruisen

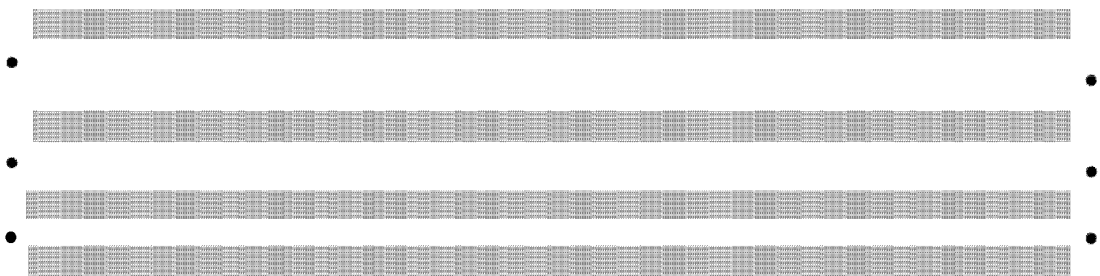
DRAWING A



DRAWING B



DRAWING C



B-Form-I-13
Versie 1

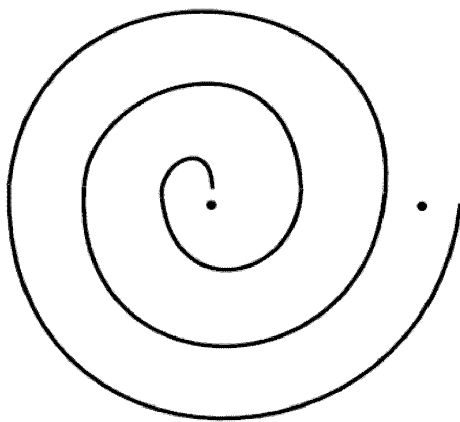
LINKER HAND

Schrijf de zin : « Dit is mijn beste handschrift »

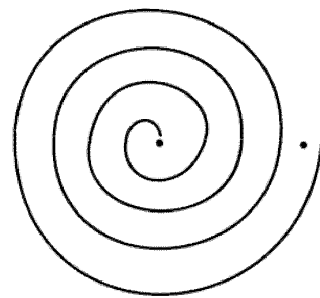
Schrijf uw naam :

Verbind de 2 punten zonder de lijnen te kruisen

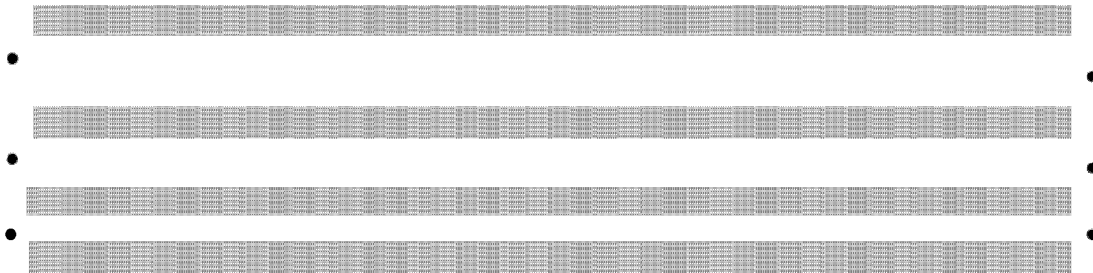
DRAWING A



DRAWING B



DRAWING C



Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 30 mei 2016.

De Leidend Ambtenaar,

H. DE RIDDER

De Voorzitter,

J. VERSTRAETEN

Bijlage 2 bij Verordening van 30 mei 2016 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-14

Aanvraagformulier voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor de verstrekkingen 173596-173600, 173611-173622, 173633-173644, 173655-173666, 173692-173703, 173714-173725, 173751-173762, 173810-173821, 173854-173865 en 173891-173902.

(Gelieve dit formulier in drukletters in te vullen)

- *Terug te sturen NA IMPLANTATIE naar:*
 - de adviserend geneesheer die de aanvraag naar het College van Geneesheren-directeuren 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:

Rijksregisternummer:

Geboortedatum:

Geslacht:

Identificatiegegevens van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende

Naam van de verzekeringsinstelling:

Adres:

.....

B-Form-I-14
Versie 1Vervangingsneurostimulator

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:/...../.....

Vervangingslader

Naam van de te vervangen lader:

Identificatienummer van de te vervangen lader:

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

Naam van de vervangende lader:

Identificatienummer van de vervangende lader:

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

Medische gegevens1. Medisch rapport van de evolutie

Moet onder meer het klinisch beeld sinds de implantatie en een vergelijking met het klinisch beeld voor de implantatie vermelden

2. Reden voor de vervanging:

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

Opgesteld te (*plaats*)op (*datum*)

Naam, voornaam, handtekening en stempel van elk lid van het BST:

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 30 mei 2016.

De Leidend Ambtenaar,

H. DE RIDDER

De Voorzitter,

J. VERSTRAETEN

B-Form-I-15
Versie 1

Bijlage 3 bij Verordening van 30 mei 2016 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-15

Follow-upformulier voor diepe hersenstimulatie in geval van bewegingsstoornissen

(Gelieve dit formulier in drukletters in te vullen)

- *Terugsturen 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:

Voor naam:

Rijksregisternummer:

Geboortedatum:

Geslacht:

Identificatiegegevens van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende

Naam van de verzekeringsinstelling:

.....

Adres:

.....

.....

Follow-up na :

- 6 maanden
- 12 maanden
- 2 jaar
- 3 jaar
- 4 jaar
- 5 jaar
-

Leefomgeving :

- Alleen
- Gezinsverband
- Thuis met hulp
- Rusthuis
- Andere :

Beroep :

Sociale Activiteit :

- Professioneel actief
- Werkombekwaamheid maar nog actief
- Werkombekwaamheid TR (Tremor Related)
- Werkombekwaamheid non TR (Tremor Related)

1. INDICATIE

- Medicamenteus uitbehandelde primaire dystonie t.t.z. niet secundair aan een evolutieve aandoening en niet samengaan met een andere ernstige hersenpathologie
- Medicamenteus uitbehandelde secundaire tremoren zoals bij multiple sclerose, posttraumatische tremor... Deze tremoren moeten objectieveerbaar zijn op gevalideerde schalen.
- PKAN (panthotenate kinase associated neurodegeneration)
- Een zogenaamde secundaire dystonie, zonder op de RMI zichtbare letsels

B-Form-I-15
Versie 1

Lokalisatie

- VIM
 GPI
 STN
 Andere :

Lateralisatie

- Rechts
 Links
 Bilateraal

2. BEHANDELINGEN

2.1 Huidige behandeling van de dystonie of tremor

Naam	Dosis (mg/dag)

2.2 Andere medicatie

Naam	Dosis (mg/dag)

3. Neuropsychologisch onderzoekDatum : [Click here to enter a date.](#)

Volledig protocol als bijlage hier toevoegen

Symptoms of psychiatric disease within last five years (not related to « anti-tremor » drugs)

- None
 Mild
 Transient
 Drug treatment as out patient required
 Severe with at least 2 admissions in a psych. dept.

Present cognitive state as judged by neurologist and neuropsychologic tests

- Normal
 Moderately impaired
 Clear cognitive impairment

MMSE : _____ (0-30)

4. STIMULATIEPARAMETERS

Instelling

	LINKER KERN	RECHTER KERN
Normale amplitude	_____ Volt	_____ Volt
Frequentie	_____ Hz	_____ Hz
Puls breedte	_____ μ sec	_____ μ sec

Impédantie (enkel voor de actieve electrode)

	LINKER KERN	RECHTER KERN
EL-0/case	_____ Ohm	_____ Ohm
EL-1/case	_____ Ohm	_____ Ohm
EL-2/case	_____ Ohm	_____ Ohm
EL-3/case	_____ Ohm	_____ Ohm

Electrode selectie (Duid de populariteit aan voor elke electrode) :

	LINKER KERN	RECHTER KERN
EL-0	Choose an item.	Choose an item.
EL-1	Choose an item.	Choose an item.
EL-2	Choose an item.	Choose an item.
EL-3	Choose an item.	Choose an item.
Case	Choose an item.	Choose an item.

Mode

<input type="checkbox"/>	Continu			
<input type="checkbox"/>	Cyclique	ON :	_____	Choose an item.
		OFF :	_____	Choose an item.

**5. BFMDS (Burke- Fahn- Marsden Dystonia Scale)
te vervolledigen in geval van dystonie**

5.1. Dystonia movement scale

Region	Provoking factor (0-4)	Severity factor (0-4)	Weight	Product
Eyes			0.5	
Mouth			0.5	
Speech and swallow			1.0	
Neck			0.5	
Arm (R)			1.0	
Arm (L)			1.0	
Trunk			1.0	
Leg (R)			1.0	
Leg (L)			1.0	
SUM				

MAX 120

B-Form-I-15
Versie 1

5.2. Disability scale

Function	Score (0-4)*
Speech	
Writing	
Feeding	
Eating	
Hygiene	
Dressing	
Walking	
SUM	0 MAX 30

* : except walking: score 0-6

6. **TWSTRS (Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale)**
te vervolledigen in geval van dystonie

I. Torticollis Severity Scale (maximum = 35)			
A. Maximal Excursion		Score	Weight
1. Rotation	0-4		1
2. Laterocollis	0-4		1
3. Anterocollis or Retrocollis			1
a. Anterocollis	0-3		1
b. Retrocollis	0-3		1
4. Lateral shift	0-1		1
5. Sagittal shift	0-1		1
B. Duration Factor	0-5		2
C. Effect of Sensory Tricks	0-2		1
D. Shoulder Elevation/Anterior Displacement	0-3		1
E. Range of Motion	0-4		1
F. Time	0-4		1
II. Disability Scale (maximum = 30)			
A. Work	0-5		
B. Activities of Daily Living	0-5		
C. Driving	0-5		
D. Reading	0-5		
E. Television	0-5		
F. Activities Outside the Home	0-5		
III. Pain Scale (maximum = 20)			
A. Severity of Pain	(worst + best + (2*usual))/4	0	
worst			
best			
usual			
B. Duration of Pain	0-5		
C. Disability Due to Pain	0-5		
SCORE		0	
SUBTOTAL SEVERITY		0	MAX 35
SUBTOTAL DISABILITY		0	MAX 30
SUBTOTAL PAIN		0	MAX 20

B-Form-I-15
Versie 1**7. TFS (Tolosa-Fahn Scale)**
in te vullen in geval van secundaire tremorenDatum : [Click here to enter a date.](#)Dominante hand: Rechts
 Links
 Beide+ bijlage *Tolosa-Fahn Scale.doc* toevoegen

			REST	POST	ACT/INT
1	Face tremor	0-4			
2	Tongue tremor	0-4			
3	Voice tremor	0-4			
4	Head tremor	0-4			
5	Right upper extremity tremor	0-4			
6	Left upper extremity tremor	0-4			
7	Trunk tremor	0-4			
8	Right lower extremity tremor	0-4			
9	Left lower extremity tremor	0-4			

10 Handwriting 0-4

			RIGHT	LEFT
11	Drawing A	0-4		
12	Drawing B	0-4		
13	Drawing C	0-4		
14	Pouring	0-4		

15	Speaking	0-4	
16	Feeding other than liquids	0-4	
17	Bringing liquids to mouth	0-4	
18	Hygiene	0-4	
19	Dressing	0-4	
20	Writing	0-4	
21	Working	0-4	

Total 15-21 0

TOTAL 1-21 0

HANDTEKENING VAN HET TEAM

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 30 mei 2016.

De Leidend Ambtenaar,

H. DE RIDDER

De Voorzitter,

J. VERSTRAETEN

B-Form-II-04
Versie 1

Bijlage 4 bij Verordening van 30 mei 2016 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-04

Kandidatuur om te worden opgenomen op de lijst van de verplegingsinrichtingen voor de verstrekkingen betreffende de neurostimulatie in geval van bewegingsstoornissen.

(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 :

B-Form-II-04
Versie 1**Identificatie en samenstelling van het "bewegingsstoornissen" team (BST):**

De vergoedingsvoorwaarde B-§12 van de lijst voorziet minstens volgende samenstelling:

- **2 neurochirurgen voltijds equivalenten (VTE)**
- **2 neurologen voltijds equivalenten (VTE)**

De 2 neurochirurgen en 2 neurologen hebben een theoretische en klinische expertise evenals ervaring in diepe hersenstimulatie.

- **1 of meerdere psychologen** bekwaam qua neuropsychologische evaluatie en vertrouwd met de aanpak van de betrokken patiëntendoelgroep, inclusief de neurologische en psychische co-morbiditeit die er vaak mee gepaard gaat.

NEUROCHIRURGEN (min. 2 voltijds equivalenten)→ Neurochirurg:

Naam:.....

E-mailadres:.....

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

RIZIV-nummer:.....

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

Voltijds (uitgedrukt in 10^{den}):.....

Rest van de tijd:.....

→ Neurochirurg:

Naam:.....

E-mailadres:.....

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

RIZIV-nummer:.....

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

Voltijds (uitgedrukt in 10^{den}):.....

Rest van de tijd:.....

→ Neurochirurg:

Naam:.....

E-mailadres:.....

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

RIZIV-nummer:.....

INSZ-nummer (Rijksregisternummer):.....
Voltijds (uitgedrukt in 10^{den}):.....
Rest van de tijd:.....

NEUROLOGEN (min. 2 voltijds equivalenten)

→ Neuroloog:

Naam:.....
E-mailadres:.....
Tel.:..... Fax.....
RIZIV-nummer:.....
INSZ-nummer (Rijksregisternummer):.....
Voltijds (uitgedrukt in 10^{den}):.....
Rest van de tijd:.....

→ Neuroloog:

Naam:.....
E-mailadres:.....
Tel.:..... Fax.....
RIZIV-nummer:.....
INSZ-nummer (Rijksregisternummer):.....
Voltijds (uitgedrukt in 10^{den}):.....
Rest van de tijd:.....

→ Neuroloog:

Naam:.....
E-mailadres:.....
Tel.:..... Fax.....
RIZIV-nummer:.....
INSZ-nummer (Rijksregisternummer):.....
Voltijds (uitgedrukt in 10^{den}):.....
Rest van de tijd:.....

PSYCHOLO(O)G(EN)

→ Psycholoog :

Naam:.....
E-mailadres:.....
Tel.:..... Fax.....

B-Form-II-04
Versie 1

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

Voltijds (uitgedrukt in 10^{den}):.....

Rest van de tijd:.....

→ Psycholoog :

Naam:.....

E-mailadres:.....

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

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

Voltijds (uitgedrukt in 10^{den}):.....

Rest van de tijd:.....

→ Psycholoog :

Naam:.....

E-mailadres:.....

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

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

Voltijds (uitgedrukt in 10^{den}):.....

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-§12 van de lijst.

De verplegingsinrichting garandeert meer bepaald:

- een bewegingsstoornissen team (BST) dat tot één enkel ziekenhuis behoort;
- een team dat het nodige en gevormd personeel omvat om het materiaal te regelen en de patiënt en zijn omgeving ter zake in te lichten;
- een neurochirurgische en neurologische permanentie 24 uur op 24 en 7 dagen op 7;
- het ter beschikking stellen van een operator en een adequate video-installatie om de video-evaluaties te realiseren.

De verplegingsinrichting verbindt zich ertoe:

- het secretariaat van de Commissie elke wijziging in de samenstelling van het team mee te delen;
- alle afgevaardigden van het RIZIV of van de verzekeringsinstellingen toe te laten de bezoeken af te leggen die zij nodig achten i.v.m. de uitvoering van deze vergoedingsvoorwaarde;

Gedaan te *(plaats)*

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

De ondertekenaars bevestigen kennis genomen te hebben van de bepalingen van de vergoedingsvoorwaarde B-§12 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 lid van het BST:

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 30 mei 2016.

De Leidend Ambtenaar,

H. DE RIDDER

De Voorzitter,

J. VERSTRAETEN

B-Form-I-13

Version 1

Annexe 1 au Règlement du 30 mai 2016 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

FORMULAIRE B-Form-I-13

Formulaire de demande d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé pour les prestations 173552-173563, 173574-173585, 173670-173681, 173736-173740, 173795-173806, 173832-173843 et 173876-173880 :

(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 :

Date de naissance :

Numéro d'identification au Registre National :

Sexe :

Adresse :
.....
.....

Identification de l'organisme assureur du bénéficiaire

Dénomination de l'organisme assureur :

Adresse :

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

1. DONNEES DU PATIENT

Mode de vie :

- Seul
- En Famille
- A la maison avec aide
- Maison de repos
- Autre :

Profession :

Activité Sociale :

- Professionnellement Actif
- Professionnellement invalide mais domestiquement actif
- Professionnellement invalide DR (Dystonia Related)
- Professionnellement invalide non DR (Dystonia Related)

2. INDICATION

- dystonie primaire, c'est-à-dire dont la dystonie ne fait pas suite à une affection évolutive et qui n'est pas accompagnée d'une autre pathologie cérébrale grave, et qui ne réagissent plus aux médicaments
- tremblements secondaires qui ne réagissent plus aux médicaments, par exemple en cas de sclérose en plaques, tremblements post-traumatiques, Ces tremblements doivent pouvoir être objectivés sur des échelles validées
- PKAN (panthotenate kinase associated neurodegeneration)
- dystonies dites secondaires, sans lésions visibles à l'IRM

Localisation

- VIM
- GPI
- STN
- Autre :

Latéralisation

- Droite
- Gauche
- Bilatéral

B-Form-I-13
Version 1**3. ANAMNESE**

3.1 Médecine Générale

3.2 Chirurgie générale

3.3 Neurochirurgie

3.4 Affection neurologique (non liée à la dystonie)

4. DYSTONIE

4.1 Rapport médical à joindre en annexe

4.2 Etiologie de la dystonie

- Primaire
- Primaire avec DYT 1 positif
- Secondaire

4.3 Forme clinique

- Généralisée
- Hémidystonie
- Segmentaire
- Focale

4.4 Symptômes

- Dystonie du membre inférieur gauche
- Dystonie du membre inférieur droit
- Dystonie du membre supérieur gauche
- Dystonie du membre supérieur droit
- Dystonie axiale (tronc)
- Dystonie cervicale
- Dystonie de la face
- Dystonie spasmodique
- Tremblements

5. TREMBLEMENTS SECONDAIRES

5.1 Diagnostic

- Tremblement(s) de la sclérose en plaques (compléter le 5.2)
 Tremblement(s) post-traumatiques (compléter le 5.3)

5.2 Tremblements de la sclérose en plaques

Diagnostiqué depuis : [Click here to enter a date.](#)

- Diagnostiqué sur base (outre la clinique) de : IRM
 PL
 Potentiels Evoqués

Durée avant l'apparition des tremblements : _____ ans

- Forme : Bénigne
 Récurrente-rémittente
 Secondaire progressive
 Primaire progressive

Déficit(s) associé(s) :

- Moteurs Choose an item.
 Sensitifs Choose an item.
 Cérébelleux Choose an item.
 Vestibulaire Choose an item.
 Sphinctérien Choose an item.
 Cognitifs Choose an item.
 Autre : _____ Choose an item.

Date de la dernière poussée : [Click here to enter a date.](#)

Handicap selon l'échelle EDSS (Kurtzke Expanded Disability Status Scale)

<input type="checkbox"/>	0.0	Normal Neurological Exam
<input type="checkbox"/>	1.0	No disability, minimal signs on 1 FS (Functional System)
<input type="checkbox"/>	1.5	No disability, minimal signs on 2 of 7 FS
<input type="checkbox"/>	2.0	Minimal disability in 1 of 7 FS
<input type="checkbox"/>	2.5	Minimal disability in 2 FS
<input type="checkbox"/>	3.0	Moderate disability in 1 FS; or mild disability in 3 - 4 FS, though fully ambulatory
<input type="checkbox"/>	3.5	Fully ambulatory but with moderate disability in 1 FS and mild disability in 1 or 2 FS; or moderate disability in 2 FS; or mild disability in 5 FS
<input type="checkbox"/>	4.0	Fully ambulatory without aid, up and about 12hrs a day despite relatively severe disability. Able to walk without aid 500 meters
<input type="checkbox"/>	4.5	Fully ambulatory without aid, up and about much of day, able to work a full day, may otherwise have some limitations of full activity or require minimal assistance. Relatively severe disability. Able to walk without aid 300 meters
<input type="checkbox"/>	5.0	Ambulatory without aid for about 200 meters. Disability impairs full daily activities
<input type="checkbox"/>	5.5	Ambulatory for 100 meters, disability precludes full daily activities
<input type="checkbox"/>	6.0	Intermittent or unilateral constant assistance (cane, crutch or brace) required to walk 100 meters with or without resting
<input type="checkbox"/>	6.5	Constant bilateral support (cane, crutch or braces) required to walk 20 meters

B-Form-I-13
Version 1

		without resting
<input type="checkbox"/>	7.0	Unable to walk beyond 5 meters even with aid, essentially restricted to wheelchair, wheels self, transfers alone; active in wheelchair about 12 hours a day
<input type="checkbox"/>	7.5	Unable to take more than a few steps, restricted to wheelchair, may need aid to transfer; wheels self, but may require motorized chair for full day's activities
<input type="checkbox"/>	8.0	Essentially restricted to bed, chair, or wheelchair, but may be out of bed much of day; retains self care functions, generally effective use of arms
<input type="checkbox"/>	8.5	Essentially restricted to bed much of day, some effective use of arms, retains some self care functions
<input type="checkbox"/>	9.0	Helpless bed patient, can communicate and eat
<input type="checkbox"/>	9.5	Unable to communicate effectively or eat/swallow
<input type="checkbox"/>	10.0	Death due to MS

5.3 Tremblements post-traumatiques

Traumatisme crânien

Date du problème neurologique : [Click here to enter a date.](#)

Importance: Grave
 Modérée
 Légère

Durée avant l'apparition des tremblements : __ans __mois

Déficit(s) associé(s) :

Moteurs Choose an item.
 Sensitifs Choose an item.
 Cérébelleux Choose an item.
 Vestibulaire Choose an item.
 Sphinctérien Choose an item.
 Cognitifs Choose an item.
 Autre : _____ Choose an item.

6. TRAITEMENTS

6.1 Traitements antérieurs

		Efficacité
DYSTONIE	L-Dopa	Choose an item.
	Anticholinergiques	Choose an item.
	Benzodiazépines	Choose an item.
	Autres : _____	Choose an item.
TREMBLEMENTS	Propanolol	Choose an item.
	Primidone	Choose an item.
	Beta-bloquants	Choose an item.
	Acide Valproïque	Choose an item.
	Clonazepam	Choose an item.
	Autres : _____	Choose an item.

6.2 Traitements actuels de la dystonie/des tremblements

Nom	Dose (mg/jour)

6.3 Autres médicaments

Nom	Dose (mg/jour)

7. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

7.1 RMN

Date : [Click here to enter a date.](#)

Protocole complet à joindre

- Normal
 Anomalies dicrètes non spécifiques
 Anomalies étendues de la substance blanche ou signal striatal anormal

7.2 Examen neuropsychologique

Date : [Click here to enter a date.](#)

Protocole complet à joindre

Symptômes de maladie psychiatriques endéans les 5 dernières années (symptômes non liés aux traitements « anti-dystonie »)

- Néant
 Moyen
 Transitoire
 Traitement médicamenteux requis en ambulatoire
 Sévère avec au minimum 2 admissions au service de psychiatrie

Etat cognitif actuel selon le neurologue et les tests neuropsychologiques

- Normal
 Déficience modérée
 Déficience avérée

MMSE : _____ (0-30)

7.3 Champs visuels (en cas de stimulation du GPI)
protocole complet à joindre

B-Form-I-13
Version 1**8. BFMDS (Burke- Fahn- Marsden Dystonia Scale)
à compléter en cas de dystonie**

8.1 Dystonia movement scale

Region	Provoking factor (0-4)	Severity factor (0-4)	Weight	Product
Eyes			0.5	
Mouth			0.5	
Speech and swallow			1.0	
Neck			0.5	
Arm (R)			1.0	
Arm (L)			1.0	
Trunk			1.0	
Leg (R)			1.0	
Leg (L)			1.0	
SUM				

MAX 120

8.2 Disability scale

Function	Score (0-4)*
Speech	
Writing	
Feeding	
Eating	
Hygiene	
Dressing	
Walking	
SUM	0

**MAX
30**

*: except walking: score 0-6

9. TWSTRS (Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale)
à compléter en cas de dystonie

I. Torticollis Severity Scale (maximum = 35)			
A. Maximal Excursion		Score	Weight
1. Rotation	0-4		1
2. Laterocollis	0-4		1
3. Anterocollis or Retrocollis			1
a. Anterocollis	0-3		1
b. Retrocollis	0-3		1
4. Lateral shift	0-1		1
5. Sagittal shift	0-1		1
B. Duration Factor	0-5		2
C. Effect of Sensory Tricks	0-2		1
D. Shoulder Elevation/Anterior Displacement	0-3		1
E. Range of Motion	0-4		1
F. Time	0-4		1
II. Disability Scale (maximum = 30)			
A. Work	0-5		
B. Activities of Daily Living	0-5		
C. Driving	0-5		
D. Reading	0-5		
E. Television	0-5		
F. Activities Outside the Home	0-5		
III. Pain Scale (maximum = 20)			
A. Severity of Pain	(worst + best + (2*usual))/4	0	
worst			
best			
usual			
B. Duration of Pain	0-5		
C. Disability Due to Pain	0-5		
SCORE		0	
SUBTOTAL SEVERITY		0	MAX 35
SUBTOTAL DISABILITY		0	MAX 30
SUBTOTAL PAIN		0	MAX 20

10. TRS (Tolosa-Fahn Scale) à compléter en cas de tremblements secondaires

Date : [Click here to enter a date.](#)

Main dominante: Droite
 Gauche
 Les deux

			REST	POST	ACT/INT
1	Face tremor	0-4			
2	Tongue tremor	0-4			
3	Voice tremor	0-4			
4	Head tremor	0-4			
5	Right upper extremity tremor	0-4			
6	Left upper extremity tremor	0-4			
7	Trunk tremor	0-4			
8	Right lower extremity tremor	0-4			
9	Left lower extremity tremor	0-4			

10	Handwriting	0-4	
----	-------------	-----	--

			RIGHT	LEFT
11	Drawing A	0-4		
12	Drawing B	0-4		
13	Drawing C	0-4		
14	Pouring	0-4		

15	Speaking	0-4	
16	Feeding other than liquids	0-4	
17	Bringing liquids to mouth	0-4	
18	Hygiene	0-4	
19	Dressing	0-4	
20	Writing	0-4	
21	Working	0-4	

Total 15-21 0

TOTAL 1-21 0

11. PROTOCOLE VIDEO**A compléter en cas de dystonie et de tremblements secondaires**

Si la vidéo n'a pas été réalisée, veuillez donner une justification

*Dystonia Study Group Videotape examination protocol*Part 1: Eyes and upper face

Perspective	Activity
Close view of head and shoulders; sitting unsupported in chair without back	At rest (10 sec) Eyes open (10 seconds close view, 10 seconds far view) Eyes closed (10 seconds close view, 10 seconds far view) Forced eye blinks: 10 repetitions (10 sec)

Part 2: Lower face, jaw, tongue, larynx

Perspective	Activity
Patient seated	Close view of face at rest (10 sec) Reading: standardized passage aloud (Rainbow passage). First 3 lines Repeated consonants: Tee, Mee, La, Ca: 5 of each (15 sec) Holding the note "eeee" for 5 seconds Count to 10 (5 sec) Tongue protrusion: (5 sec) Opening and closing mouth for 5 reps (10 sec)
Swallow interview	Question to patient: Do you have problems with swallowing? If yes, is it occasional or frequent? Do you choke occasional or frequently? Can you swallow firm foods? Liquids?

Part 3: Neck

Perspective	Activity
Seated in chair, close view head and shoulders	Frontal view at rest (instruct to allow head to move) (10 sec) Seated with eyes closed (instruct to allow head to move) (10 sec) Quiet conversation for 2 sentences (10 sec) Turn head all the way to right then left Tilt ear to shoulder on each side Look up and look down Lateral view (5 sec) Walking back and forth twice (total 20 sec)

Part 4: Shoulders and upper arms, distal arm and hands

Perspective	Activity
Far view of upper half of body	Arms extended supinated: 5 sec Arms extended pronated: 5 sec Arms flexed at elbow in front of chest: 5 sec Finger to nose: 5 repetitions (5 sec)

B-Form-I-13
Version 1

	Finger tapping, right than left: 5 reps (5 sec) Flex and extend wrists with arms outstretched for 5 reps (5 sec) Cup to lips, right than left arm (5 sec) Writing: "Today is a nice day" for 3 repetitions (maximum time 15 sec) Drawing spiral without hand resting on paper; right than left hand (maximum time 10 sec) Hold up spiral
--	---

Part 5: Upper leg, distal leg, foot and trunk

Perspective	Activity
Far view entire body, sitting	Sitting quietly (10 sec) Heel to toe taps: 5 reps on each side (10 sec)
Far view entire body: standing and walking	Standing frontal view for 10 sec Standing: lateral view for 5 sec Standing: back view for 5 sec Walking: away and toward examiner 20 feet: 2 reps (maximum 20 seconds)

SIGNATURE de l'équipe

TOLOSA-FAHN SCALE

Date : [Click here to enter a date.](#)

Nom du patient :

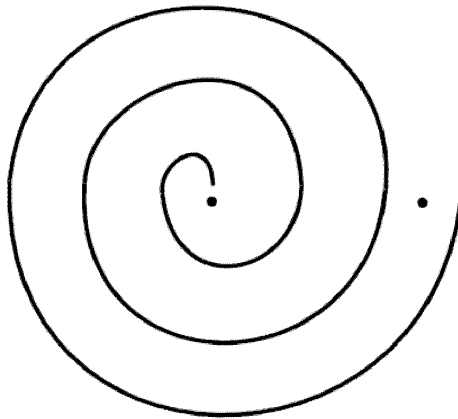
MAIN DROITE

Ecrivez la phrase : « Ceci est ma meilleure écriture »

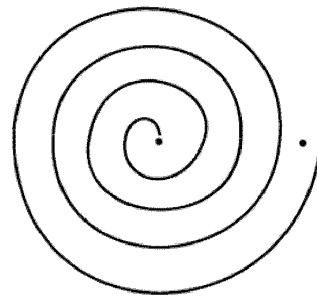
Ecrivez votre nom :

Reliez les 2 points sans croiser les lignes

DRAWING A



DRAWING B



DRAWING C



B-Form-I-13
Version 1

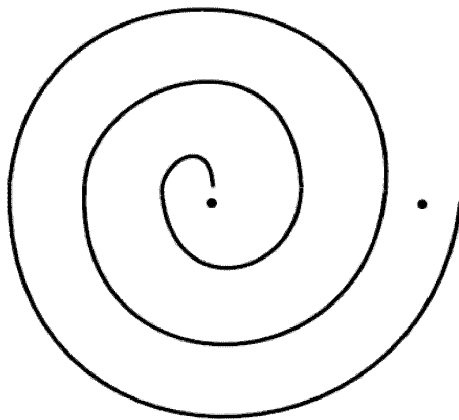
MAIN GAUCHE

Ecrivez la phrase : « Ceci est ma meilleure écriture »

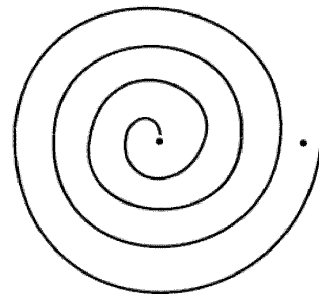
Ecrivez votre nom :

Reliez les 2 points sans croiser les lignes

DRAWING A



DRAWING B



DRAWING C



Vu pour être annexé au Règlement du 30 mai 2016.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. DE RIDDER

Le Président,

J. VERSTRAETEN

B-Form-I-14

Version 1

Annexe 2 au Règlement du 30 mai 2016 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

FORMULAIRE B-Form-I-14

Formulaire de demande d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé pour les prestations 173596-173600, 173611-173622, 173633-173644, 173655-173666, 173692-173703, 173714-173725, 173751-173762, 173810-173821, 173854-173865 en 173891-173902.

(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 :

Date de naissance :

Numéro d'identification au Registre National :

Sexe :

Adresse :

.....

Identification de l'organisme assureur du bénéficiaire

Dénomination de l'organisme assureur :

Adresse :

.....

.....

B-Form-I-14

Version 1

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 :/...../.....

Programmateur patient

Nom du programmateur patient remplacé:

N° d'identification du programmateur patient remplacé :

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

Nom du programmateur patient de remplacement:

N° d'identification du programmateur patient de remplacement :

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

Chargeur de remplacement

Nom du chargeur remplacé:

N° d'identification du chargeur remplacé :

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

Nom du chargeur de remplacement:

N° d'identification du chargeur de remplacement :

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

Données médicales

1. Rapport médical de l'évolution :
Doit entre autres être mentionné le tableau clinique depuis l'implantation et une comparaison avec le tableau clinique avant implantation

2. Raison du remplacement :

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

*Établi à (lieu)**le (date)/...../.....*

Date, cachet et signature de tous les membres de l'EMA

Vu pour être annexé au Règlement du 30 mai 2016.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. DE RIDDER

Le Président,

J. VERSTRAETEN

B-Form-I-15
Version 1

Annexe 3 au Règlement du 30 mai 2016 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

FORMULAIRE B-Form-I-15**Formulaire de suivi pour la stimulation cérébrale profonde en cas de mouvements anormaux:**

(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 :

Date de naissance :

Numéro d'identification au Registre National :

Sexe :

Adresse :
.....
.....

Identification de l'organisme assureur du bénéficiaire

Dénomination de l'organisme assureur :

Adresse :
.....
.....

Suivi à :

- 6 mois
- 12 mois
- 24 mois
- 3 ans
- 4 ans
- 5 ans
-

Mode de vie :

- Seul
- En Famille
- A la maison avec aide
- Maison de repos
- Autre :

Profession :

Activité Sociale :

- Professionnellement Actif
- Professionnellement invalide mais domestiquement actif
- Professionnellement invalide DR (Dystonia Related)
- Professionnellement invalide non DR (Dystonia Related)

1. INDICATION

- dystonie primaire, c'est-à-dire dont la dystonie ne fait pas suite à une affection évolutive et qui n'est pas accompagnée d'une autre pathologie cérébrale grave, et qui ne réagissent plus aux médicaments
- tremblements secondaires qui ne réagissent plus aux médicaments, par exemple en cas de sclérose en plaques, tremblements post-traumatiques, Ces tremblements doivent pouvoir être objectivés sur des échelles validées
- PKAN (panthotenate kinase associated neurodegeneration)
- dystonies dites secondaires, sans lésions visibles à l'IRM

B-Form-I-15
Version 1

Localisation

- VIM
 GPI
 STN
 Autre :

Latéralisation

- Droite
 Gauche
 Bilatéral

2. TRAITEMENTS

2.1 Traitements actuels de la dystonie ou des tremblements

Nom	Dose (mg/jour)

2.2 Autres médicaments

Nom	Dose (mg/jour)

3. Examen neuropsychologiqueDate : [Click here to enter a date.](#)

Protocole complet à joindre

Symptômes de maladie psychiatriques endéans les 5 ans dernières années
(symptômes non liés aux traitements « anti-dystonie »)

- Néant
 Moyen
 Transitoire
 Traitement médicamenteux requis en ambulatoire
 Sévère avec au minimum 2 admissions au service de psychiatrie

Etat cognitif actuel selon le neurologue et les test neuropsychologiques

- Normal
 Déficience modérée
 Déficience avérée

MMSE : _____ (0-30)

4. PARAMETRES DE STIMULATION

Programmation

	CIBLE GAUCHE	CIBLE DROITE
Amplitude normale	_____ Volt	_____ Volt
Fréquence	_____ Hz	_____ Hz
Durée d'impulsion	_____ µsec	_____ µsec

Impédance (seulement pour les électrodes actives)

	CIBLE GAUCHE	CIBLE DROITE
EL-0/case	_____ Ohm	_____ Ohm
EL-1/case	_____ Ohm	_____ Ohm
EL-2/case	_____ Ohm	_____ Ohm
EL-3/case	_____ Ohm	_____ Ohm

Sélection des électrodes (indiquer la polarité de chaque électrode)

	CIBLE GAUCHE	CIBLE DROITE
EL-0	Choose an item.	Choose an item.
EL-1	Choose an item.	Choose an item.
EL-2	Choose an item.	Choose an item.
EL-3	Choose an item.	Choose an item.
Case	Choose an item.	Choose an item.

Mode

<input type="checkbox"/>	Continu			
<input type="checkbox"/>	Cyclique	ON : _____		Choose an item.
		OFF : _____		Choose an item.

5. BFMS (Burke- Fahn- Marsden Dystonia Scale)
à compléter en cas de dystonie

5.1 Dystonia movement scale

Region	Provoking factor (0-4)	Severity factor (0-4)	Weight	Product
Eyes			0.5	
Mouth			0.5	
Speech and swallow			1.0	
Neck			0.5	
Arm (R)			1.0	
Arm (L)			1.0	
Trunk			1.0	
Leg (R)			1.0	
Leg (L)			1.0	
SUM				

MAX 120

B-Form-I-15
Version 1

5.2 Disability scale

Function	Score (0-4)*
Speech	
Writing	
Feeding	
Eating	
Hygiene	
Dressing	
Walking	
SUM	0

MAX
30

* : except walking: score 0-6

6. **TWSTRS (Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale)**
à compléter en cas de dystonie

I. Torticollis Severity Scale (maximum = 35)			
A. Maximal Excursion		Score	Weight
1. Rotation	0-4		1
2. Laterocollis	0-4		1
3. Anterocollis or Retrocollis			1
a. Anterocollis	0-3		1
b. Retrocollis	0-3		1
4. Lateral shift	0-1		1
5. Sagittal shift	0-1		1
B. Duration Factor	0-5		2
C. Effect of Sensory Tricks	0-2		1
D. Shoulder Elevation/Anterior Displacement	0-3		1
E. Range of Motion	0-4		1
F. Time	0-4		1
II. Disability Scale (maximum = 30)			
A. Work	0-5		
B. Activities of Daily Living	0-5		
C. Driving	0-5		
D. Reading	0-5		
E. Television	0-5		
F. Activities Outside the Home	0-5		
III. Pain Scale (maximum = 20)			
A. Severity of Pain	(worst + best + (2*usual))/4	0	
worst			
best			
usual			
B. Duration of Pain	0-5		
C. Disability Due to Pain	0-5		
SCORE		0	
SUBTOTAL SEVERITY		0	MAX 35
SUBTOTAL DISABILITY		0	MAX 30
SUBTOTAL PAIN		0	MAX 20

B-Form-I-15
Version 1

7. TRS (Tolosa-Fahn Scale) à compléter en cas de tremblements secondaires

Date : [Click here to enter a date.](#)

Main dominante: Droite
 Gauche
 Les deux

+ annexe *Tolosa-Fahn Scale.doc* à joindre

			REST	POST	ACT/INT
1	Face tremor	0-4			
2	Tongue tremor	0-4			
3	Voice tremor	0-4			
4	Head tremor	0-4			
5	Right upper extremity tremor	0-4			
6	Left upper extremity tremor	0-4			
7	Trunk tremor	0-4			
8	Right lower extremity tremor	0-4			
9	Left lower extremity tremor	0-4			

10	Handwriting	0-4	
----	-------------	-----	--

			RIGHT	LEFT
11	Drawing A	0-4		
12	Drawing B	0-4		
13	Drawing C	0-4		
14	Pouring	0-4		

15	Speaking	0-4	
16	Feeding other than liquids	0-4	
17	Bringing liquids to mouth	0-4	
18	Hygiene	0-4	
19	Dressing	0-4	
20	Writing	0-4	
21	Working	0-4	

	Total 15-21	0
--	-------------	---

	TOTAL 1-21	0
--	------------	---

SIGNATURE de l'équipe

Vu pour être annexé au Règlement du 30 mai 2016.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. DE RIDDER

Le Président,

J. VERSTRAETEN

Annexe 4 au Règlement du 30 mai 2016 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

FORMULAIRE B-Form-II-04

Candidature afin de figurer sur la liste des établissements hospitaliers pour les prestations relatives à la neurostimulation en cas de mouvements anormaux

(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 "mouvements anormaux" (EMA) :

La condition de remboursement B-§12 de la liste prévoit au minimum la composition suivante :

- **2 neurochirurgiens équivalents temps plein (ETP)**
- **2 neurologues équivalents temps plein (ETP)**

Les 2 neurochirurgiens et 2 neurologues ont une expertise théorique et clinique ainsi qu'une expérience en matière stimulation cérébrale profonde.

- **1 ou plusieurs psychologues compétent(s)** en matière d'évaluation neuropsychologique et familiarisé(s) avec l'approche du groupe cible des patients concernés, y compris la comorbidité neurologique et psychique fréquemment associée.

NEUROCHIRURGIENS (min. 2 équivalents temps plein)

→ Neurochirurgien :

Nom :

Adresse E-mail :

Tél. : Fax :

Numéro INAMI :

Numéro NISS (Registre national):.....

Plein-temps (exprimé en 10^e) :.....

Reste du temps :

→ Neurochirurgien :

Nom :

Adresse E-mail :

Tél. : Fax :

Numéro INAMI :

Numéro NISS (Registre national):.....

Plein-temps (exprimé en 10^e) :.....

Reste du temps :

→ Neurochirurgien:

Nom :

Adresse E-mail :

Tél. : Fax :

Numéro INAMI :

Numéro NISS (Registre national):.....

Plein-temps (exprimé en 10^e) :.....

Reste du temps :

NEUROLOGUES (min. 2 équivalents temps plein)→ Neurologue :

Nom :

Adresse E-mail :

Tél. : Fax :

Numéro INAMI :

Numéro NISS (Registre national)

Plein-temps (exprimé en 10^e) :

Reste du temps :

→ Neurologue :

Nom :

Adresse E-mail :

Tél.: Fax :

Numéro INAMI :

Numéro NISS (Registre national):

Plein-temps (exprimé en 10^e) :

Reste du temps :

→ Neurologue :

Nom :

Adresse E-mail :

Tél. : Fax :

Numéro INAMI :

Numéro NISS (Registre national):

Plein-temps (exprimé en 10^e) :

Reste du temps :

PSYCHOLOGUE(S)→ Psychologue :

Nom :

Adresse E-mail :

Tél. : Fax :

Numéro NISS (Registre national):

Plein-temps (exprimé en 10^e) :

Reste du temps :

B-Form-II-04
Version 1→ Psychologue :

Nom :.....
Adresse E-mail :.....
Tél. :..... Fax :.....
Numéro NISS (Registre national):.....
Plein-temps (exprimé en 10^e) :.....
Reste du temps :.....

→ Psychologue :

Nom :.....
Adresse E-mail :.....
Tél. :..... Fax :.....
Numéro NISS (Registre national):.....
Plein-temps (exprimé en 10^e) :.....
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-§12 de la liste.

L'établissement hospitalier garantit notamment:

- une équipe mouvements anormaux (EMA) n'appartenant qu'à un seul hôpital;

- une équipe comprenant le personnel nécessaire et formé pour régler le matériel et instruire le patient et son entourage en la matière;
- une permanence en neurochirurgie et en neurologie 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7;
- une mise à disposition d'un opérateur et une installation vidéo adéquate afin de réaliser les évaluations vidéos.

L'établissement hospitalier s'engage :

- à communiquer au secrétariat de la Commission toute modification de la composition de l'équipe;
- à autoriser tous les représentants de l'INAMI ou des organismes assureurs à effectuer les visites qu'ils estiment nécessaires dans le cadre de l'exécution de cette condition de remboursement

Établi à (*lieu*)

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

Les signataires confirment avoir pris connaissance des dispositions de la condition de remboursement B-§12 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 membre de l'équipe "mouvements anormaux" :

Vu pour être annexé au Règlement du 30 mai 2016.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. DE RIDDER

Le Président,

J. VERSTRAETEN