

ANNEXE I

Convention entre le comité de l'assurance soins de santé de l'institut national d'assurance maladie-invalidité et l'équipe multidisciplinaire créée au sein d'un établissement hospitalier. Cette équipe multidisciplinaire s'engage à établir et à évaluer le plan thérapeutique nécessaire à la prise en charge des patients présentant des troubles alimentaires pédiatriques (« pediatric feeding disorder ») qui accompagne ou qui fait suite à une période durant laquelle le patient a nécessité une nutrition artificielle (entérale ou parentérale).

DEMANDE D'AUTORISATION D'INTERVENTION / NOTIFICATION D'ARRET A ADRESSER AU MEDECIN-CONSEIL

I - Identification du bénéficiaire:

Nom:
Prénom
N°-NISS

II - Prise en charge:

Date de début:
 première prise en charge du xx/xx/xxxx au xx/xx/xxxx (maximum 1 an).
 renouvellement du xx/xx/xxxx au xx/xx/xxxx (maximum 1 an)

III – Fin de la prise en charge

Date de fin :

IV - Eléments à attester par le pédiatre-coordonateur:

Le bénéficiaire est:

- un patient (de 0 à 12 ans inclus)
présentant des troubles graves du développement oral
nécessitant une nutrition artificielle (entérale ou parentérale)

- un patient (de 0 à 12 ans inclus)
présentant des troubles graves du développement oral
qui a nécessité une nutrition artificielle (entérale ou parentérale)

- j'ai établi le diagnostic d'un trouble grave du développement oral

Les documents nécessaires établissant que le bénéficiaire concerné se trouve dans la situation attestée seront tenus à la disposition du médecin-conseil.

V - Identification du pédiatre-coordonateur:

Nom:
Prénom
Adresse
N° INAMI
Etablissement hospitalier au sein duquel l'équipe multidisciplinaire a été instaurée

.....
.....



DATE

SIGNATURE DU MEDECIN

CACHET