

**Institut National d’Assurance Maladie - Invalidité**

**Formulaire de demande de financement d'un projet au titre de l'article 56, §1 de la loi sur l'assurance obligatoire des soins médicaux et des prestations (14 juillet 1994)**

**«Thérapie par pression négative à domicile (2018)»**

|  |  |
| --- | --- |
| **0. Coordonnées du candidat** | |
| Nom du candidat |  |
| Nom du chef de projet |  |
| Adresse |  |
| Téléphone |  |
| E-mail |  |

Si vous avez des questions concernant ce formulaire, veuillez contacter l'INAMI.

* Par téléphone : 02/739 75 26
* Per mail : [tgv@riziv.fgov.be](mailto:tgv@riziv.fgov.be)

Envoyez votre candidature avant le **31 août 2018**

* Par e-mail : [tgv@riziv.fgov.be](mailto:tgv@riziv.fgov.be)
* Par courrier : INAMI

Local T481

Avenue de Tervuren 211

1150 Bruxelles

|  |
| --- |
| **1. Description du projet au niveau organisationnel** |
| **1.1 Donnez une description concise des “participants”:**  **- Qui est le service de soins à domicile / groupement d’infirmiers indépendants (identification, nombre d’infirmiers, nombre d’infirmiers référents en soins de plaies avec certificat et numéro INAMI spécifique, zone géographique des soins…)** *Max. 10 lignes*  **- Décrivez l'expertise des infirmiers référents en matière de soins des plaies en ce qui concerne la TPN (incl. leur nom, leur numéro spécifique INAMI, les éventuels titres ou qualifications spécifiques)** *Max. 5 lignes*  **- Origine des moyens matériels spécifiques TPN, pour les équipements et les accessoires (firme, fournisseur, pharmacie, gestion propre…)** *Max. 5 lignes*  **- Décrivez la convention d’accord avec une ou plusieurs structures hospitalières** *Max. 3 lignes*  **- Décrivez qui assume le rôle de chef de projet et ce que ce rôle signifie dans le projet** *Max. 5 lignes*  **- Ajouter une lettre d'intention à la coopération entre les partenaires de ce projet pilote et décrire le rôle de chaque personne, les tâches connexes, et le flux financier** *Max. 15 lignes* |
| **1.2 Combien de patients devraient pouvoir être inclus dans le projet dans une période de 12 mois et expliquer les méthodes d’inclusion :** *Max. 5 lignes* |
| **1.3 Expliquer comment les objectifs organisationnels sont atteints ; points 1-2-3 et 9 à la page 5-6 de la note conceptuelle :** *Max. 10 lignes* |
| **1.4 Expliquer comment les modalités organisationnelles sont abordées ; page 6 de la note conceptuelle :** *Max. 15 lignes* |
| **1.5 Joindre la preuve que l’assurance du service / groupement / infirmier participant couvre un tel traitement dans les soins à domicile.** |

|  |
| --- |
| **2. Motivation et engagements** |
| **2.1 Motivation pour la participation à ce projet pilote** *Max. 15 lignes* |
|  |
| **2.2 Expliquer l'engagement à participer à l'étude d'évaluation scientifique** *Max. 5 lignes* |

|  |
| --- |
| **3. Donner des informations supplémentaires que vous souhaitez prendre en compte** *Max 10 lignes* |
|  |