

FORMULAIRE C-Form-I-01

Demande d'intervention pour obtenir une intervention de l'assurance obligatoire dans le coût d'un implant cochléaire¹ (prestation 152935-152946 ou 152950-152961) chez un bénéficiaire avec perte d'audition bilatérale, pour lequel un accord du Collège des médecins-directeurs est nécessaire

(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)

- A envoyer au Collège des médecins-directeurs (INAMI, à l'attention du président du Collège des médecins-directeurs, Equipe dossiers individuels, Local T554, Avenue de Tervuren 211 à 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 :

Numéro d'identification au Registre National :

Date de naissance :

Sexe :

Organisme assureur :

Date de l'intervention :/...../.....

¹ Comprendre ici un « Kit comprenant une aide auditive complète (parties implantables et non implantables) pour la stimulation électrique intra-cochléaire multiélectrodes, pour les bénéficiaires de moins de huit ans (152935-152946) ou à partir de leur huitième anniversaire (152950-152961)»

Demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour un implant cochléaire :

Type de l'appareil demandé :

Code d'identification :

Oreille gauche :

Oreille droite :

Il s'agit en l'occurrence d'une première demande dans le cadre de l'assurance obligatoire :

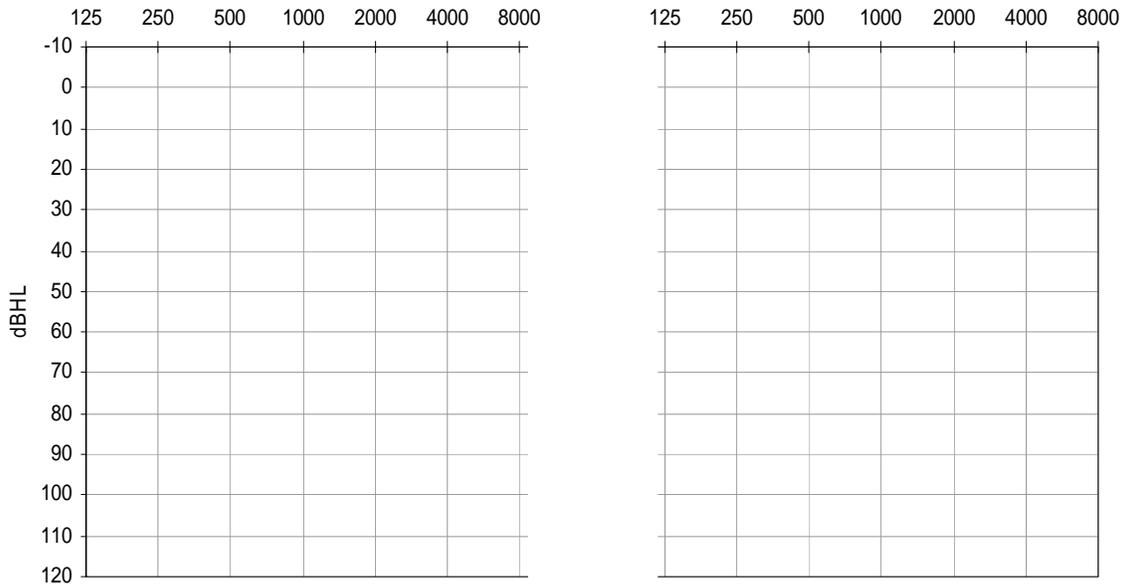
oui

non (si la réponse est non, mentionner la date de la dernière demande :
...../...../.....)

Cette demande contient, entre autres, un rapport audiolgique et tous les éléments prévus à l'intitulé 2.2 « Indications » de la condition de remboursement C-§01 de la liste.

RAPPORT AUDIOLOGIQUE

1.1. Audiométrie tonale et/ou comportementale liminaire au casque : avec / sans appareils auditifs^{2,3} :



Seuil moyen mesuré (500, 1000, 2000 Hz) de la meilleure oreille (dB HL)	Gauche/Droite dB
---	---------------	----------

Conclusion : La perte auditive de la meilleure oreille montre un seuil moyen mesuré (fréquences 500, 1000 et 2000 Hz) d'au moins 85 dB HL.

1.2. Test BERA sans appareils auditifs² :

Seuil du pic V à hauteur de la meilleure oreille (dB nHL)	Gauche/DroitedB
---	---------------	---------

Conclusion : Le test BERA à hauteur de la meilleure oreille montre un seuil du pic V supérieur ou égal à 90 dB nHL (normal hearing level).

1.3. Des aides auditives adéquates, ou amplificatrices des sons, permettent-elles une audition fonctionnelle chez les sujets sourds postlinguaux ?

- oui
- non

² Cf. 2.2.1.1 de la condition de remboursement C-§01 de la liste

³ En l'absence d'audition pour une ou plusieurs fréquences, 120 dB HL doivent être utilisés pour le calcul

1.4. Résultats d'une audiométrie vocale, avec et sans appareil auditif :

- avec appareil auditif :

- sans appareil auditif :

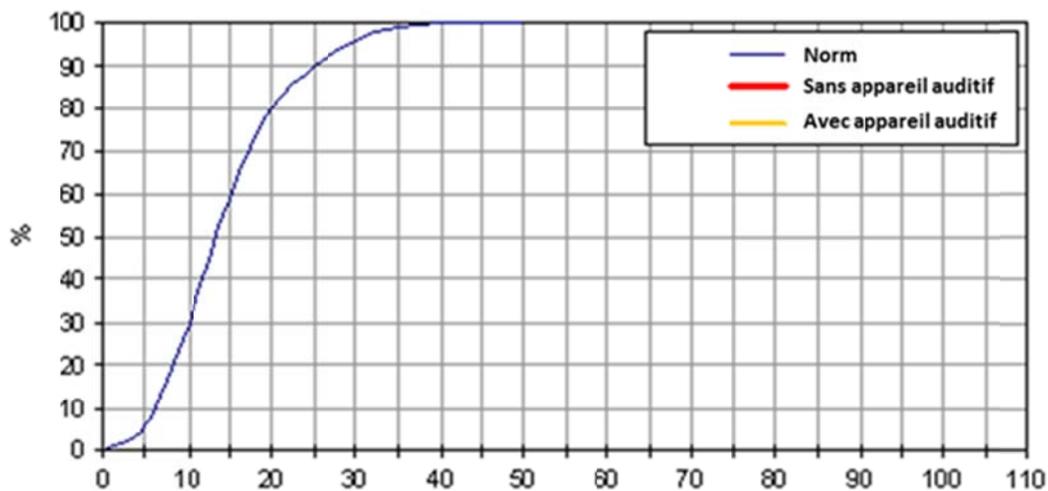
Au cas où cet examen ne serait pas réalisable, la raison doit en être clairement mentionnée.

.....

1.5. Audiométrie vocale en champ libre, avec et sans appareils auditifs⁴ :

Cochez ce champ si un audiogramme vocal a été effectué avec et sans appareil auditif et donnez l'audiogramme vocal⁵ de la meilleure oreille :

- Listes CVC : - Score mot / phonème⁶



Score intelligibilité de la parole (sans appareil auditif ; score phonème à 70 dB SPL sur les listes CVC)	Gauche/Droite %
---	---------------	---------

⁴ Cf. 2.3 de la condition de remboursement C-§01 de la liste

⁵ Le schéma est présent à titre de documentation et peut montrer l'audiogramme vocal habituellement réalisé ; le score d'intelligibilité de la parole DOIT donner le résultat sur les listes CVC monosyllabiques à 70 dB SPL.

⁶ Biffez la mention inutile

Cochez ce champ si l'audiométrie vocale **n'est pas possible**

Motivez votre réponse :

Il s'agit d'un enfant préverbal

Il y a un retard mental ou un autre problème psychologique⁷

Autres :

.....

Cochez ce champ si **aucun examen** avec amplification auditive n'a été effectué en raison de l'urgence de l'implantation et motivez :

Il y a un risque de fibrose ou d'ossification de la cochlée, la surdité étant liée à une récente méningite

Autres :

.....

Conclusion : L'examen audiométrique vocal en champ libre et sur la base de listes monosyllabiques montre un score de 70 dB SPL inférieur ou égal à 30 %.

⁷ Cf. avis psychologique en annexe qui décrit spécifiquement le contexte familial ainsi que les possibilités de rééducation du bénéficiaire.

2.1. Le **soussigné** déclare que l'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation de l'implant cochléaire ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif.⁸

2.2. Proposition de programme de rééducation pour le bénéficiaire avec mention d'un établissement hospitalier ou du centre.

Etablissement hospitalier ou centre:

.....

Proposition de programme de rééducation :

.....

.....

.....

2.3. Après l'implantation, un **suivi logopédique de longue durée** aura lieu sous la responsabilité de :⁹

Nom :.....

Adresse du centre :

.....

.....

.....

2.4. S'il est question d'un retard mental, de problèmes psychologiques ou psychiatriques, un avis psychologique doit être joint et décrire spécifiquement le contexte familial ainsi que les possibilités de rééducation du bénéficiaire.

<input type="checkbox"/>	<i>Il n'est pas question de tels problèmes</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Il est bien question de ces problèmes et le rapport est joint en annexe</i>

Conclusion : il est question de perte auditive bilatérale grave dès qu'il est satisfait à tous les critères de l'intitulé 2 « Critères concernant le bénéficiaire » de la condition de remboursement C-§01.

OUI ¹⁰

NON ¹⁰

2.5. La présente demande émane du médecin spécialiste implanteur, basée sur les données d'un établissement hospitalier ou d'un centre visé à l'intitulé 1.1 « Pose d'indication » de la condition de remboursement C-§01 de la liste, Le demandeur confirme que l'implant sera posé dans un établissement de soins visé à l'intitulé 1.2 « Implantation » de la condition de remboursement C-§01 et que l'adaptation et le suivi de l'implant se feront dans un centre visé à l'intitulé 1.3 « Réglage et suivi » de la condition de remboursement C-§01.

⁸ Cf. 2.1, condition de remboursement C-§01 de la liste,

⁹ Cf. 2.4, condition de remboursement C-§01 de la liste; le responsable est mentionné nominativement

¹⁰ Biffez la mention inutile

Engagements

La demande est conforme à toutes les dispositions de l'intitulé 1. « Critères concernant l'établissement » de la condition de remboursement C-§01 de la liste.

Établi à (*lieu*)

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

Nom, prénom, signature et cachet du médecin spécialiste ORL qui pratique l'implantation