**FORMULIER B-Form-I-12**

**Follow-upformulier voor diepe hersenstimulatie in geval van obsessieve compulsieve stoornis**

*(Gelieve dit formulier in drukletters in te vullen)*

* *Terugsturen naar:*

     *de Dienst Geneeskundige Verzorging-Medische Directie (*RIZIV, Dienst Geneeskundige verzorging, Galileelaan 5/01 in 1210 Brussel*).*

***Identificatiegegevens van de verpleeginrichting/arts-specialist***

Naam van de verpleeginrichting: …………………………………………………………

RIZIV-identificatienummer van de verpleeginrichting: 710\_ \_ \_ \_ \_

Naam en voornaam van de arts-specialist: …………………………………………

RIZIV-nummer van de arts-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: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*

|  |  |
| --- | --- |
| Follow-up na : |  |
| [ ]  | 6 maanden |
| [ ]  | 12 maanden |
| [ ]  | 2 jaar |
| [ ]  | 3 jaar |
| [ ]  | 4 jaar |
| [ ]  | 5 jaar |
| [ ]  | ……. |

## Gegevens betreffende de implantie(s)

Datum implantatie eerste neurostimulator:

Centrum dat de implantatie heeft uitgevoerd:

Arts-implantateur (Naam en RIZIV-nummer) :

Dat(um)(a) van implantatie van vervangingsneurostimulator(en):

Centr(um)(a) die de veranging(en) heeft/hebben uitgevoerd:

Arts(en)-implantateur(Naam en RIZIV-nummer) :

 Technische gegevens betreffende de implantatie:

* Implantatiezone:
* Aantal ingeplante elektroden:
* Stimulatieparameters:

Peroperatoire complicaties:

## Gegevens betreffende de follow-up

Frequentie van follow-up door de neurochirurg (consultatiedata):

Frequentie van follow-up door de psychiater (consultatiedata):

Aanpassing van de stimulatieparameters: ja/neen

 Wanneer:

 Aangebrachte wijzigingen:

## Klinische gegevens

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Y-BOCS score :Obsessions (/20) | Y-BOCS score :Compulsions (/20) | GAF score : |
| Voor implantatie  |  |  |  |
| Na implantatie  |  |  |  |
| Na 3 maanden |  |  |  |
| Na 6 maanden |  |  |  |
| Na 1 jaar |  |  |  |
| Na 2 jaar |  |  |  |
| Na 3 jaar |  |  |  |
| Na 4 jaar |  |  |  |
| Na 5 jaar |  |  |  |
| Na … jaar |  |  |  |
|  |  |  |  |

Kwalitatieve omschrijving van de obsessies en de compulsies:

Kwalitatieve omschrijving van de effecten op andere psychiatrische parameters (humeur, angsten,…):

Werkstatus

Gedetailleerde omschrijvingen van ongewenste effecten

Het moment van optreden, de duur, de ernst, of een hospitalisatie noodzakelijk was, de opgestarte behandelingen en de evolutie beschrijven

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

Naam, voornaam, handtekening en stempel van elk lid van het OCS team: