**FORMULIER B-Form-I-09**

**Follow-upformulier voor deep brain stimulatie in geval van refractaire epilepsie**

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

* *Te versturen 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: ………………………………………..…………………………………………………

Voornaam: ……………………………………………..………………………………………..

Identificatienummer van het Rijksregisternummer: …………………………………………

Geboortedatum: ………………………………………………………………………………...

Geslacht: …………………………………………………………………………………………

Verzekeringsinstelling: ………………………………………………………………………..

**Follow-up (duur van de follow-up aankruisen) □ op 1 jaar □ op 2 Jaar**

**Neurostimulator**

Aantal DBS neurostimulator al ingeplant bij deze patiënt: …….

**Medische gegevens**

1. Frequentie en ernst (volgens de National Hospital Seizure Severity Scale NHS3) van de aanvallen:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | HUIDIG | TIJDENS de EERSTE IMPLANTATIE voor DEEP BRAIN STIMULATIE |
| FREQUENTIE |  |  |
| ERNST |  |  |

1. Farmacologische behandeling
	1. Behandeling tijdens de eerste implantatie voor deep brain stimulatie:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| GENEESMIDDEL | DOSIS/DAG | VANAF …\* | TOT……\* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 1. Huidige behandeling:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| GENEESMIDDEL | DOSIS/DAG | BEGINDATUM van deze BEHANDELING (één geneesmiddel of combinatietherapie)\* | REDEN van aanpassing van de behandeling (als verschillend van de behandeling onder a.) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\*: als de datum niet gekend is, gelieve dit te vermelden en indien mogelijk een datum bij benadering in te vullen

1. Hospitalisatie/consultaties/spoed

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | IN DE LOOP van het LAATSTE JAAR | IN DE LOOP van het JAAR VOORAFGAAND aan de EERSTE IMPLANTATIE voor DEEP BRAIN STIMULATIE |
| AANTAL HOSPITALISATIES/JAAR |  |  |
| AANTAL CONSULTATIES/JAAR |  |  |
| AANTAL BEZOEKEN op de SPOED/JAAR |  |  |

1. Kwaliteit van leven:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | HUIDIG | TIJDENS de EERSTE IMPLANTATIE voor DEEP BRAIN STIMULATIE |
| QOLIE-31 |  |  |

1. Neuropsychologische evaluatie (samenvatting voor elk onderzoek en besluit)
	* 1. IQ
		2. Geheugenfunctie
		3. Frontale executieve functies
2. Psychiatrische evaluatie (samenvatting en besluit)
	* 1. Beck depression inventory
		2. Andere bemerkingen met betrekking tot de psychiatrische evaluatie:
3. Bijwerkingen die persistent zijn op het moment van de follow-up op 1 of 2 jaar:

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

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

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 8 december 2014

De Leidend Ambtenaar,                                                                                De Voorzitter,

H. DE RIDDER                                                                                                     G. PERL