|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Medisch attest voor de aanvraag van een persoonsvolgend budget via de spoedprocedure voor personen met een sneldegeneratieve aandoening** | | | | | | |
|  | ***Waarvoor dient dit formulier?***  *Dit formulier is een deel van de aanvraagprocedure om in aanmerking te komen voor een persoonsvolgend*  *budget via de spoedprocedure.*  ***Wie komt in aanmerking voor de spoedprocedure?***  *Een volwassen persoon komt in aanmerking als hij een van de specifieke ziektebeelden vertoont, en als er binnen een termijn van één jaar of minder voorafgaand aan en aansluitend op de aanvraagdatum van de spoedprocedure sprake is van een snelle progressie van het ziektebeeld.*  ***Wie moet dit formulier invullen?***  *Dit formulier wordt ingevuld door de behandelende arts. Medische verslagen van de behandelende specialist moeten aan dit attest toegevoegd worden.* | | | | | | |
|  | **Identificatiegegevens van de patiënt** | | | | | | |
| **1** | **Vul hieronder de gegevens van de patiënt in.**  *Het dossiernummer vindt u op alle briefwisselingen van het VAPH. Als u het dossiernummer niet weet, hoeft u het niet in te vullen.* | | | | | | |
|  | officiële voornamen | | |  | | | |
|  | achternaam | | |  | | | |
|  | geboortedatum | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | dag |  |  | maand |  |  | jaar |  |  |  |  | | | | |
|  | rijksregisternummer | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |
|  | dossiernummer | | | VF | | | |
|  | **Informatie over de diagnose** | | | | | | |
| **2** | **Aan welke aandoening lijdt de patiënt ouder dan 21 jaar?**  *U mag maar een vakje aankruisen.* | | | | | | |
|  |  | amyotrofe lateraalsclerose (ALS) | | | | | |
|  |  | primaire lateraalsclerose (PLS) | | | | | |
|  |  | progressieve musculaire atrofie (PMA) of progressieve spinomusculaire atrofie (PSMA) | | | | | |
|  |  | corticobasale degeneratie (CBD) | | | | | |
|  |  | multisysteematrofie (MSA) | | | | | |
|  |  | progressieve supranucleaire verlamming (PSP) | | | | | |
|  |  | anaplastisch hooggradig astrocytoom (graad III) | | | | | |
|  |  | hooggradig glioblastoma (graad IV) dat voor wat betreft evolutieve kenmerken aansluit bij graad III | | | | | |
|  |  | laaggradig astrocytoom (graad II) | | | | | |
| **3** | **Aan welk type aandoening lijdt de patiënt met de leeftijd van 18 tot en met 20 jaar?**  *U mag maar een vakje aankruisen.* | | | | | | |
|  |  | een neuromusculaire aandoening.  **Aan welke neuromusculaire aandoening lijdt de patiënt?**  *De aandoening moet terug te vinden zijn in een van volgende referentiebronnen: RIZIV-overeenkomst ’referentiecentrum neuromusculaire aandoeningen’, https://spierziektenvlaanderen.be of www.spierziekten.nl* | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
|  |  | een stofwisselingsziekte (metabole ziekte).  **Aan welke stofwisselingsziekte (metabole ziekte) lijdt de patiënt?**  *De ziekte moet terug te vinden zijn in een van volgende referentiebronnen: RIZIV-overeenkomst ’referentiecentrum zeldzame monogenische erfelijke metabole ziekte’,* www.boks.be *of* www.orpha.net*.* | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
| 4 | **Op welke datum werd de diagnose bevestigd?** | | | | | | | |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | dag |  |  | maand |  |  | jaar |  |  |  |  | | | | | | | | |
| **5** | **Vanaf wanneer ondervond de patiënt voor het eerst klachten die in verband staan met de gediagnosticeerde aandoening?**  *Als u geen specifieke datum kunt opgeven, vult u alleen de maand en/of het jaar in.* | | | | | | | |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | dag |  |  | maand |  |  | jaar |  |  |  |  | | | | | | | | |
|  | **Progressie van de aandoening** | | | | | | | |
| **6** | *Om in aanmerking te komen voor de spoedprocedure moet er over een periode van één jaar of minder,**voorafgaand aan en aansluitend op de aanvraagdatum van het budget, een snelle vermindering van de zelfredzaamheid vastgesteld zijn op het vlak van zich kunnen verplaatsen, zich wassen en aankleden, eten, toiletgang of ademhaling. De Katzschaal kan als referentie gebruikt worden om de vermindering van de zelfredzaamheid aan te tonen.*  *Als de diagnose een laaggradig astrocytoom graad II is, moet de vermindering van de zelfredzaamheid op minstens twee van de hierboven vermelde domeinen zijn vastgesteld.* | | | | | | | |
| **7** | **Specificeer de tijdspanne waarbinnen deze snelle vermindering van de zelfredzaamheid zich heeft voorgedaan.** | | | | | | | |
|  | startdatum | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | dag |  |  | maand |  |  | jaar |  |  |  |  | | | | |
|  | einddatum | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | dag |  |  | maand |  |  | jaar |  |  |  |  | | | | |
| **8** | **Kruis hieronder aan op welk domein of op welke domeinen er sprake is van een snelle vermindering van de zelfredzaamheid.** | | | | | | | |
|  |  | | zich verplaatsen. *De patiënt is geëvolueerd van zelfstandig kunnen stappen naar de onmogelijkheid om zonder hulp van derden op te staan en zich te verplaatsen (referentiewaarde: Katz 1 naar Katz 3 of 4).* | | | | | |
|  |  | | zich wassen en aankleden. *De patiënt is geëvolueerd van zich zelfstandig kunnen wassen en aankleden naar de onmogelijkheid om zich zelfstandig te wassen en aan te kleden (referentiewaarde: Katz 1 naar Katz 3 of 4).* | | | | | |
|  |  | | eten. *De patiënt is geëvolueerd van zelfstandig kunnen eten naar de onmogelijkheid om zelfstandig te kunnen eten (referentiewaarde: Katz 1 naar Katz 4).* | | | | | |
|  |  | | toiletgang. *De patiënt is geëvolueerd van alleen naar het toilet kunnen gaan en zich reinigen naar de noodzaak om volledig geholpen te worden om naar het toilet te gaan en zich te reinigen (referentiewaarde: Katz 1 naar Katz 3 of 4).* | | | | | |
|  |  | | ademhaling. *De patiënt is geëvolueerd van zelfstandig kunnen ademen naar de noodzaak aan permanent toezicht wegens beademing.* | | | | | |
|  | **Bij te voegen documenten** | | | | | | | |
| **9** | *Voeg een diagnoseverslag en een recent evolutieverslag van de behandelende specialist van de medische aandoening toe.* | | | | | | | |
|  | **Ondertekening** | | | | | | | |
| **10** | **Vul de onderstaande verklaring in.** | | | | | | | |
|  | **Ik verklaar als behandelend arts dat deze informatie naar waarheid werd ingevuld.** | | | | | | | |
|  | datum | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | dag |  |  | maand |  |  | jaar |  |  |  |  | | | |
|  | handtekening | | | | |  | | |
|  | voor- en achternaam | | | | |  | | |
|  | Druk in het vak hiernaast uw stempel af. | | | | | |  | | --- | |  | | | |
|  | **Hoe dient u dit formulier in?** | | | | | | | |
| **11** | *Bezorg het formulier per post aan het kantoor van het VAPH in de provincie van uw woonplaats.* | | | | | | | |
|  | **Waar kunt u terecht met vragen?** | | | | | | | |
| **12** | *Contacteer het kantoor van het VAPH in de provincie van uw woonplaats als u vragen hebt.* | | | | | | | |
|  | ***VAPH – Provinciaal kantoor Antwerpen***  *Anna Bijnsgebouw*  *Lange Kievitstraat 111-113 bus 48, 2018 Antwerpen*  *T 02 249 30 00*  *antwerpen@vaph.be* | | | | | | ***VAPH – Provinciaal kantoor Hasselt***  *Hendrik van Veldekegebouw*  *Koningin Astridlaan 50 bus 2, 3500 Hasselt*  *T 02 249 30 00*  *hasselt@vaph.be* | |
|  | ***VAPH – Provinciaal kantoor Gent***  *Virginie Lovelinggebouw*  *Koningin Maria Hendrikaplein 70 bus 51, 9000 Gent*  *T 02 249 30 00*  *gent@vaph.be* | | | | | | ***VAPH – Provinciaal kantoor Leuven***  *Dirk Boutsgebouw*  *Diestsepoort 6 bus 57, 3000 Leuven*  *T 02 249 30 00*  *leuven@vaph.be* | |
|  | ***VAPH – Provinciaal kantoor Brugge***  *Jacob Van Maerlantgebouw*  *Koning Albert I-laan 1-2 bus 55, 8200 Brugge*  *T 02 249 30 00*  *brugge@vaph.be* | | | | | |  | |