

Voor zover het voldoende representatief is voor de toegelaten activiteit die effectief wordt verricht, wordt voor de toepassing van het vorige lid echter steeds rekening gehouden met het in werkdagen gewaardeerde beroepsinkomen verworven voor de referentiekalendermaand juni 2018. Als het niet mogelijk is om het voormelde beroepsinkomen in aanmerking te nemen, wordt rekening gehouden met het in werkdagen gewaardeerde verworven beroepsinkomen van de eerste voorafgaande referentiekalendermaand die na 31 december 2017 ligt en waarvoor het in werkdagen gewaardeerde verworven beroepsinkomen wel voldoende representatief is.

Het in werkdagen gewaardeerde beroepsinkomen bedoeld in het vorige lid wordt aangepast aan de schommelingen van het indexcijfer overeenkomstig de bepalingen van artikel 237 van het voormelde koninklijk besluit van 3 juli 1996. »

Art. 2. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 april 2018.

Art. 3. De minister bevoegd voor sociale zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 21 november 2018.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,
M. DE BLOCK

Pour autant que cela soit suffisamment représentatif pour l'activité autorisée qui est effectivement exercée, il est toutefois toujours tenu compte, pour l'application de l'alinéa précédent, du revenu professionnel acquis, converti en jours ouvrables, correspondant au mois civil de référence de juin 2018. S'il n'est pas possible de prendre en considération le revenu professionnel précité, il est tenu compte du revenu professionnel acquis, converti en jours ouvrables, correspondant au premier mois civil de référence précédent qui se situe après le 31 décembre 2017 et dont le revenu professionnel acquis, converti en jours ouvrables, est quant à lui suffisamment représentatif.

Le revenu professionnel, converti en jours ouvrables, visé à l'alinéa précédent est adapté aux fluctuations de l'indice des prix à la consommation, conformément aux dispositions de l'article 237 de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996. »

Art. 2. Cet arrêté produit ses effets le 1^{er} avril 2018.

Art. 3. Le ministre qui a les affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 21 novembre 2018.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales,
M. DE BLOCK

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2018/32289]

23 NOVEMBER 2018. — Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Het Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 22, 11°;

Gelet op het koninklijk besluit van 21 januari 2009 tot uitvoering van artikel 36 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de zorgtrajecten, artikel 5, § 1;

Gelet op de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

Gelet op het voorstel van de Nationale commissie artsen ziekenfondsen van 25 juni 2018;

Na erover te hebben beraadslaagd in haar vergadering van 24 september 2009,

Besluit :

Artikel 1. In de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden de bijlagen 72 en 73 vervangen door de bijlagen 72 en 73 die bij onderhavige verordening zijn gevoegd.

Art. 2. Deze verordening treedt in werking op 1 januari 2019.

De zorgtrajectcontracten die voor 1 januari 2019 overeenkomstig het model in bijlage 72 en 73, zoals ze van kracht was voor de inwerking-treding van onderhavige verordening, aan de verzekeringsinstelling werden overgemaakt, blijven geldig zolang aan de voorwaarden voor de verlenging van het zorgtraject is voldaan, zoals bedoeld in artikel 10 van het koninklijk besluit van 21 januari 2009 tot uitvoering van artikel 36 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de zorgtrajecten.

Brussel, 23 november 2018.

De leidend ambtenaar,
Alain Ghilain
Directeur-generaal a.i.

De Voorzitter,
J. Verstraeten

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2018/32289]

23 NOVEMBRE 2018. — Règlement modifiant le Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 22, 11°;

Vu l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les trajets de soins, l'article 5, § 1^{er};

Vu le Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

Vu la proposition de la Commission nationale médico-mutualiste du 25 juin 2018;

Après en avoir délibéré au cours de sa séance du 24 septembre 2009,

Arrête :

Article 1^{er}. Dans le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les annexes 72 et 73 sont remplacées par les annexes 72 et 73 jointes au présent règlement.

Art. 2. Ce règlement entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

Les contrats trajets de soins qui ont été transmis à l'organisme assureur avant le 1^{er} janvier 2019 conformément au modèle en annexe 72 et 73 comme elle était en vigueur avant l'entrée en vigueur du présent règlement, restent valables tant qu'il est satisfait aux conditions de prolongation du trajet de soins, visées à l'article 10 de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les trajets de soins.

Bruxelles, 23 novembre 2018.

Le Fonctionnaire dirigeant,
Alain Ghilain
Directeur général a.i.

Le Président,
J. Verstraeten

ZORGTRAJECTCONTRACT DIABETES TYPE 2

Kleefbriefje ziekenfonds van de patiënt

VERBINTENISSEN VAN DE PATIENT**NAAM VAN DE PATIËNT:**

- Mijn huisarts, die ik verzoek om deze aanvraag aan de adviserend arts van mijn ziekenfonds te bezorgen, heeft mij vandaag de voorwaarden voor het zorgtraject diabetes type 2 uitgelegd.
- Ik werd op de hoogte gebracht door mijn huisarts dat de voordelen en het welslagen van het zorgtraject afhangen van mijn actieve deelname aan het zorgplan. Ik verbind mij ertoe de praktische organisatie van dat zorgplan vast te leggen met mijn huisarts.
- Mijn huisarts besprak met mij de behandelingsdoelen en hoe ze te bereiken, gebaseerd op pagina 2 van dit contract.
- Mijn huisarts heeft mij meegedeeld dat hij/zij de volgende gecodeerde gegevens die op mij betrekking hebben: geslacht, leeftijd, gewicht, lengte, arteriële bloeddruk, en de resultaten van sommige bloedonderzoeken (HbA1c, LDL-cholesterol) zal overmaken aan Sciensano met als doel een wetenschappelijke evaluatie en met naleving van de reglementering van de persoonlijke levenssfeer

Datum en handtekening

Ik vraag aan mijn huisarts die dit contract ondertekent, mijn globaal medisch dossier te beheren: hij/zij moet daartoe binnen het jaar na de start van het zorgtraject het honorarium aanrekenen

VERBINTENISSEN VAN DE DIABETOLOOG/INTERNISTIk stem ermee in om deel te nemen aan het zorgtraject van deze patiënt, die behoort tot de doelgroep ¹, en meer bepaald om:

- in onderlinge overeenstemming de huisarts te ondersteunen bij de uitwerking, de evaluatie en de aanpassing, van een individueel zorgplan voor de patiënt met diabetes type 2. Dit omvat doelstellingen, een geplande follow-up, medische raadplegingen, paramedische tussenkomsten en technische onderzoeken
- de verslagen van mijn raadplegingen en technische onderzoeken aan de huisarts te bezorgen
- met de huisarts een doeltreffende communicatie te onderhouden, ofwel op verzoek van de huisarts, ofwel naar aanleiding van de overdracht van klinische of biologische parameters.

Naam + Stempel

Datum en handtekening

Bankrekeningnummer voor de betaling van het zorgtrajecthonorarium

 specialist: titularis :rekeningnummer:
KBO nummer

OF

 ziekenhuis:rekeningnummer
KBO nummer**VERBINTENISSEN VAN DE HUISARTS**Ik stem ermee in om deel te nemen aan het zorgtraject van deze patiënt die behoort tot de doelgroep ¹ en meer bepaald om:

- in onderlinge overeenstemming met de endocrino-diabetoloog, een individueel zorgplan uit te werken, te evalueren en aan te passen. Dit omvat doelstellingen, een geplande follow-up, medische raadplegingen, paramedische tussenkomsten en technische onderzoeken voor de patiënt met diabetes type 2
- mijn observaties en de resultaten van relevante onderzoeken voor de opvolging van de patiënt aan de arts-specialist te bezorgen
- indien de patiënt deze niet via een geconventioneerd diabetescentrum krijgt, de nodige educatie betreffende de ziekte, de behandeling en de follow-up, zelf of via de diabetes-educator aan de patiënt te geven en te onderhouden
- het medisch dossier van de patiënt te gebruiken
- kopie van dit behoorlijk ingevuld contract aan de adviserend arts te bezorgen.

Naam + Stempel

Datum en handtekening

Bankrekeningnummer voor de betaling van het zorgtrajecthonorarium

huisarts: titularis :

rekeningnummer:
KBO nummer (ev):**ADVISEREND ARTS van het ziekenfonds**

Ik bevestig ontvangst van dit contract conform de reglementering betreffende het zorgtraject diabetes type 2 dat geldt vanaf (datum ontvangst conforme aanvraag).....tot.....

Naam + Stempel

Datum en handtekening

¹Inclusiecriteria voor een zorgtraject diabetes type 2

- één of twee insuline-injecties per dag
- onvoldoende controle bij maximale orale behandeling waarbij insuline behandeling moet overwogen worden

Exclusiecriteria

- zwanger of zwangerschapswens
- meer dan 2 insuline-injecties per dag
- type 1 diabetes

CONTRACT ZORGTRAJECT DIABETES TYPE 2 (pagina 2)

INFORMATIE OVER DE AANPAK VAN SUIKERZIEKTE (DIABETES TYPE 2)

ALGEMENE DOELSTELLING

Een goede aanpak van uw suikerziekte verzekert u een langer én gezonder leven.
Deze aanpak houdt verwickelingen, die ontstaan door het dichtslibben van bloedvaten, ook langer tegen.

PERSOONLIJKE DOELSTELLINGEN

Uw persoonlijke doelstellingen vormen de leidraad voor de aanpak van uw suikerziekte.
Op basis van onderstaande doelstellingen maken u en uw huisarts een concreet zorgplan voor uw zorgtraject:

- Gezonde leefstijl met aandacht voor
 - Regelmatig bewegen
 - Stoppen met roken
 - Gezonde voeding
 - Gewicht
- Opvolgen en behandelen, zo nodig met geneesmiddelen, van
 - Bloedsuiker
 - Cholesterol en vetten in het bloed
 - Bloeddruk
 - Het dichtslibben van bloedvaten voorkomen met medicatie
 - Overgewicht
 - Tabakgebruik: stoppen met roken
- Bloedonderzoek: HbA1c²
- Controle bij uw huisarts om eventuele verwickelingen op te sporen:
 - Ondervraging (risico op hartlijden, zenuwpijnen,..)
 - Onderzoek van de voeten
 - Bloed- en urineonderzoek
- Oogonderzoek bij de oogarts
- Inenting tegen griep en pneumokokken³
- Beter begrijpen van uw ziekte en de geplande zorg, met de hulp van diabeteseducatie

² Hemoglobine A1c: geeft aan of uw bloedsuiker gedurende de voorbije 3 maanden goed geregeld was

³ door suikerziekte vermindert uw afweer tegen griep en infectieziekten; griep kan uw suikerziekte ontregelen

ZORGTRAJECTCONTRACT CHRONISCHE NIERINSUFFICIENTIE

Kleefbriefje ziekenfonds van de patiënt

VERBINTENISSEN VAN DE PATIENT

NAAM VAN DE PATIENT:

- Mijn huisarts, die ik verzoek om deze aanvraag aan de adviserend arts van mijn ziekenfonds te bezorgen, heeft mij vandaag de voorwaarden voor het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie uitgelegd.
- Ik werd door mijn huisarts op de hoogte gebracht dat de voordelen en het welslagen van het zorgtraject afhangen van mijn actieve deelname aan het zorgplan. Ik verbind mij ertoe om de praktische organisatie van het zorgplan vast te leggen met mijn huisarts.
- Mijn huisarts besprak met mij de behandelingsdoelen en hoe ze te bereiken, gebaseerd op de gegevens op pagina 2 van dit contract.
- Mijn huisarts heeft mij meegedeeld dat hij/zij de volgende gecodeerde gegevens die op mij betrekking hebben: leeftijd, geslacht, renale diagnose, arteriële bloeddruk, de resultaten van sommige bloedonderzoeken (hemoglobine, creatinine, eGFR) zal overmaken aan Sciensano met als doel wetenschappelijke evaluatie en met naleving van de reglementering van de persoonlijke levenssfeer.

Datum en handtekening

Ik vraag aan mijn huisarts die dit contract ondertekent, mijn globaal medisch dossier te beheren: hij/zij moet daartoe binnen het jaar na de start van het zorgtraject het honorarium aanrekenen

VERBINTENISSEN VAN DE NEFROLOOG/INTERNISTIk stem ermee in om deel te nemen aan het zorgtraject van deze patiënt, die behoort tot de doelgroep¹, en meer bepaald om:

- in onderlinge overeenstemming de huisarts te ondersteunen bij de uitwerking, de evaluatie en de aanpassing, van een individueel zorgplan voor de patiënt met chronische nierinsufficiëntie. Dit omvat doelstellingen, een geplande follow-up, medische raadplegingen, paramedische tussenkomsten en technische onderzoeken
- de verslagen van mijn raadplegingen en technische onderzoeken aan de huisarts te bezorgen
- met de huisarts een doeltreffende communicatie te onderhouden, ofwel op verzoek van de huisarts, ofwel naar aanleiding van de overdracht van klinische of biologische parameters.

Naam + Stempel

Datum en handtekening

Bankrekeningnummer voor de betaling van het zorgtrajecthonorarium

 specialist: titularis :rekeningnummer:
KBO nummer:

OF

 ziekenhuis:rekeningnummer
KBO nummer:**VERBINTENISSEN VAN DE HUISARTS**Ik stem ermee in om deel te nemen aan het zorgtraject van deze patiënt, die behoort tot de doelgroep¹, en meer bepaald om:

- in onderlinge overeenstemming met de nefroloog, een individueel zorgplan uit te werken, te evalueren en aan te passen. Dit omvat doelstellingen, een geplande follow-up, medische raadplegingen, paramedische tussenkomsten en technische onderzoeken voor de patiënt met chronische nierinsufficiëntie
- mijn observaties en de resultaten van relevante onderzoeken voor de opvolging van de patiënt aan de arts-specialist te bezorgen
- het medisch dossier van de patiënt te gebruiken
- een kopie van dit behoorlijk ingevuld contract aan de adviserend arts te bezorgen.

Naam + Stempel

Datum en handtekening

Bankrekeningnummer voor de betaling van het zorgtrajecthonorarium

huisarts: titularis :

rekeningnummer:
KBO nummer (ev):**ADVISEREND ARTSVAN HET ZIEKENFONDS**

Ik meld ontvangst van dit contract conform de reglementering betreffende het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie dat geldt vanaf (datum ontvangst conforme aanvraag).....tot.....

Naam + Stempel

Datum en handtekening

¹Inclusiecriteria voor een zorgtraject chronische nierinsufficiëntie:

- een chronische nierinsufficiëntie hebben, gedefinieerd als
 - o een berekende glomerulaire filtratiesnelheid <45ml/min/1,73m² volgens de vereenvoudigde MDRD-formule minstens 2x bevestigd met een tussentijd van ten minste 3 maanden
- en/of
 - o een proteïnurie van >1g/dag minstens 2x bevestigd met een tussentijd van ten minste 3 maanden
- ouder zijn dan 18 jaar
- niet in dialyse zijn en niet getransplanteerd zijn
- in staat zijn tot ambulante follow up, d.w.z. nefroloog/internist raadplegen in diens spreekkamer

ZORGTRAJECTCONTRACT CHRONISCHE NIERINSUFFICIENTIE (pagina 2)

INFORMATIE OVER DE AANPAK VAN DE CHRONISCHE NIERINSUFFICIENTIE

ALGEMENE DOELSTELLING

Een goede aanpak van uw nierziekte verzekert u een langer én gezonder leven. Deze aanpak kan de evolutie van uw nierziekte sterk vertragen, wil de werking van uw nieren zolang mogelijk behouden en uw kans op hart en vaatziekten verminderen.

UW PERSOONLIJKE DOELSTELLINGEN

Uw persoonlijke doelstellingen vormen de leidraad voor de aanpak van uw nierziekte. Op basis van onderstaande doelstellingen maken u en uw huisarts een concreet zorgplan voor uw zorgtraject.

- Gezonde leefstijl
 - Regelmatig bewegen
 - Stoppen met roken
 - Gezonde voeding
 - Gewicht verliezen indien nodig
 - Geen geneesmiddelen gebruiken (bv. pijnstillers) zonder advies van uw dokter: zij kunnen schadelijk zijn voor uw nieren

- Opvolgen en behandelen, zo nodig met geneesmiddelen, van
 - Bloedsuiker
 - Bloeddruk
 - Cholesterol en vetten in het bloed
 - Proteïnurie: eiwit in de urine
 - Bloedarmoede
 - Toestand van uw beenderen en gewrichten
 - Tabakgebruik: stoppen met roken
 - Aangepast dieet: met de hulp van een ervaren diëtist
 - De nodige geneesmiddelen innemen zoals voorgeschreven

- Bloedcontrole
Uw specialist en huisarts bepalen de regelmaat waarmee de bloedcontroles moeten gebeuren

- Controle: opsporen van verwickelingen in andere organen

- Inentingen: tegen griep, hepatitis en pneumokokken

CONTRAT TRAJET DE SOINS DIABÈTE TYPE 2

Vignette mutuelle du patient

ENGAGEMENTS DU PATIENT**NOM DU PATIENT**

- Mon médecin généraliste, à qui je demande de transmettre cette demande au médecin-conseil de ma mutuelle, m'a expliqué aujourd'hui les conditions du trajet de soins diabète de type 2.
- J'ai été informé(e) par mon médecin généraliste que les bénéfices et la réussite du trajet de soins dépendent de ma participation active au plan de suivi. Je m'engage à cette fin à définir avec mon médecin généraliste l'organisation pratique de ce plan de suivi.
- Mon médecin généraliste et moi-même avons parlé des objectifs du traitement et de la façon de les atteindre en nous basant sur les informations décrites en page 2 du présent contrat.
- Mon médecin généraliste m'a communiqué qu'il/elle à transmettra à Sciensano les données codées me concernant qui se rapportent à l'âge, au sexe, au poids, à la taille, à la tension artérielle, et aux résultats de certaines analyses sanguines (Hb A1c, cholestérol LDL) à des fins d'évaluation scientifique et dans le respect des dispositions réglementaires relatives à la vie privée.

Date et signature

Je demande à mon médecin généraliste, signataire du présent contrat, de gérer mon dossier médical global : il/elle doit à cette fin en attester les honoraires dans l'année qui suit le début du trajet de soins..

ENGAGEMENTS DE L'ENDOCRINO-DIABÉTOLOGUE / DE L'INTERNISTE

J'accepte de participer au trajet de soins de ce patient, qui appartient au groupe à risque ¹, et plus précisément :

- d'encadrer, d'un commun accord avec lui, le médecin généraliste lors de l'élaboration, de l'évaluation et de l'adaptation d'un plan de suivi individuel pour le patient présentant un diabète de type 2 ; ce plan de suivi comprend des objectifs, un suivi planifié, des consultations médicales, des interventions paramédicales et des examens techniques
- de transmettre les rapports de mes consultations et examens techniques au médecin généraliste
- d'entretenir, avec le médecin généraliste, une communication efficace, soit à la demande du médecin généraliste, soit l'occasion d'une transmission des paramètres cliniques ou biologiques.

Nom + Cachet

Date et signature

Numéro de compte sur lequel sont versés les honoraires du trajet de soins

médecin spécialiste : titulaire :

numéro de compte:
numéro BCE

ou

hôpital :

numéro de compte:
numéro BCE:

ENGAGEMENTS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

J'accepte de participer au trajet de soins du patient, qui appartient au groupe à risque ¹, et plus précisément :

- d'élaborer, d'évaluer et d'adapter, d'un commun accord avec l'endocrinologue-diabétologue, un plan de suivi individuel qui comprend des objectifs, un suivi planifié, des consultations médicales, des interventions paramédicales et des examens techniques pour le patient présentant un diabète de type 2
- de transmettre au médecin spécialiste mes observations et les résultats d'exams utiles au suivi du patient
- dans le cas où le patient ne la reçoit pas via un centre de diabète conventionné, lui prodiguer et entretenir l'éducation nécessaire concernant la maladie, le traitement et le suivi, moi-même ou via l'éducateur au diabète
- d'utiliser le dossier médical du patient
- de transmettre copie du présent contrat dûment complété au médecin-conseil.

Nom + Cachet

Date et signature

Numéro de compte sur lequel sont versés les honoraires du trajet de soins

- médecin généraliste : titulaire :

numéro de compte:
numéro BCE (ev) :

MÉDECIN-CONSEIL DE LA MUTUALITE

Je confirme réception du présent contrat conformément à la réglementation portant sur le trajet de soins diabète de type 2, applicable à partir du (date de réception conformément à la demande).....jusqu'au.....

Nom + Cachet

Date et signature

¹ Critères d'inclusion pour un trajet de soins diabète de type 2

- 1 ou 2 injections d'insuline par jour
- contrôle insuffisant sous traitement oral maximal : dans ce cas, une insulinothérapie doit être envisagée

Critères d'exclusion

- grossesse ou souhait de grossesse
- plus de deux injections d'insuline par jour
- diabète de type 1

CONTRAT TRAJET DE SOINS DIABETE (page2)

INFORMATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DU DIABÈTE DE TYPE 2

OBJECTIF GÉNÉRAL

Une bonne prise en charge de votre diabète vous garantit une vie plus saine et plus longue.
Cette prise en charge évite pendant plus longtemps les complications dues à l'obstruction des vaisseaux sanguins.

OBJECTIFS PERSONNELS

Vos objectifs personnels vous guident dans la prise en charge de votre diabète.
En concertation avec votre médecin généraliste, vous établissez, pour votre trajet de soins, un plan de suivi concret qui repose sur les objectifs suivants :

- Avoir un mode de vie sain:
 - bouger régulièrement
 - arrêter de fumer
 - manger sainement
 - contrôler votre poids
- Suivre et, si nécessaire, traiter avec des médicaments:
 - votre glycémie (glucose sanguin) ;
 - votre cholestérol et graisses dans le sang ;
 - votre tension artérielle
 - le risque d'obstruction des vaisseaux sanguins grâce à la prise de médicaments
 - votre surpoids
 - votre tabagisme : arrêter de fumer
- Un examen sanguin : HbA1c²
- Un contrôle chez votre médecin généraliste pour détecter les complications éventuelles :
 - questionnaire (risque de maladie cardiaque, douleurs nerveuses,...)
 - examen des pieds
 - examen du sang et des urines
- Un examen des yeux chez votre ophtalmologue
- Vaccinations contre la grippe et le pneumocoque³
- Mieux comprendre votre maladie et votre plan de soins, à l'aide d'éducation au diabète.

² HbA1c = Hémoglobine A1c : indique si votre sucre (glucose) sanguin était bien réglé au cours des trois derniers mois.

³ Le diabète diminue votre résistance face à la grippe et aux maladies infectieuses; la grippe peut dérégler votre diabète.

CONTRAT TRAJET DE SOINS INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

Vignette mutuelle du patient

ENGAGEMENTS DU PATIENT**NOM DU PATIENT**

- Mon médecin généraliste, à qui je demande de transmettre cette demande au médecin-conseil de ma mutualité, m'a expliqué aujourd'hui les conditions du trajet de soins insuffisance rénale chronique ;
- J'ai été informé(e) par mon médecin généraliste que les bénéfices et la réussite du trajet de soins dépendent de ma participation active au plan de suivi. Je m'engage à cette fin à définir avec mon médecin généraliste l'organisation pratique de ce suivi optimal;
- Mon médecin généraliste et moi-même avons parlé des objectifs du traitement et de la façon de les atteindre en nous basant sur les informations décrites en page 2 du présent contrat ;
- Mon médecin généraliste m'a communiqué qu'il/elle à transmettra à Sciensano les données codées me concernant qui se rapportent à l'âge, au sexe, au diagnostic rénal, à la tension artérielle, et aux résultats de certains examens sanguins: (hémoglobine, créatinine, e-GFR,), à des fins d'évaluation scientifique et dans le respect des dispositions réglementaires relatives à la vie privée.

Date et signature

Je demande à mon médecin généraliste, signataire du présent contrat, de gérer mon dossier médical global : il/elle doit à cette fin en attester les honoraires dans l'année qui suit le début du trajet de soins.

ENGAGEMENTS DU NEPHROLOGUE / DE L'INTERNISTE

J'accepte de participer au trajet de soins de ce patient, qui appartient au groupe cible ¹, et plus précisément :

- d'encadrer, d'un commun accord avec lui, le médecin généraliste lors de l'élaboration, de l'évaluation et de l'adaptation d'un plan de suivi individuel pour le patient présentant une insuffisance rénale chronique; ce plan comprend des objectifs, un suivi planifié, des consultations médicales, des interventions paramédicales et des examens techniques ;
- de transmettre les rapports de mes consultations et examens techniques au médecin généraliste ;
- d'entretenir, avec le médecin généraliste, une communication efficace, soit à la demande du médecin généraliste, soit à l'occasion d'une transmission des paramètres cliniques ou biologiques.

Nom + Cachet

Date et signature

Numéro de compte en banque pour le paiement des honoraires du trajet de soins

médecin spécialiste : titulaire :

numéro de compte:
numéro BCE

ou

hôpital :

numéro de compte:
numéro BCE:

ENGAGEMENTS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

J'accepte de participer au trajet de soins de ce patient, qui appartient au groupe cible ¹, et plus précisément :

- d'élaborer, d'évaluer et d'adapter, d'un commun accord avec le néphrologue, un plan de suivi individuel qui comprend des objectifs, un suivi planifié, des consultations médicales, des interventions paramédicales et des examens techniques pour le patient présentant une insuffisance rénale chronique;
- de transmettre au médecin spécialiste mes observations et les résultats d'examens utiles au suivi du patient
- d'utiliser le dossier médical du patient ;
- de transmettre copie du présent contrat dûment complété au médecin-conseil.

Nom + Cachet

Date et signature

Numéro de compte en banque pour le paiement des honoraires du trajet de soins

- médecin généraliste : titulaire :

numéro de compte:
numéro BCE (ev) :

MÉDECIN-CONSEIL DE LA MUTUALITE

Je confirme réception du présent contrat conformément à la réglementation portant sur le trajet de soins applicable à partir du (date de réception conformément à la demande).....jusqu'au.....

Nom + Cachet

Date et signature

¹: Critères d'inclusion pour un trajet de soins insuffisance rénale chronique:

- Avoir une insuffisance rénale chronique définie par
 - o une vitesse de filtration glomérulaire calculée <45ml/min/1,73m² selon la formule MDRD simplifiée confirmée au moins 2 x avec un intervalle d'au moins 3 mois
 - et/ou
 - o une protéinurie de >1g/jour confirmée au moins 2 x avec un intervalle d'au moins 3 mois
- être âgé de plus de 18 ans
- ne pas être en dialyse ni transplanté
- être capable d'un follow up ambulatoire, c.à.d. consulter le néphrologue/interniste dans son cabinet de consultation

CONTRAT TRAJET DE SOINS INSUFFISANCE RENALE (page2)

INFORMATION SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

OBJECTIF GENERAL

Une bonne prise en charge de votre maladie rénale vous garantit une vie plus saine et plus longue. Cette prise en charge peut fortement ralentir l'évolution de votre maladie. Elle permet également de maintenir le plus longtemps possible un fonctionnement « correct » de vos reins et diminue votre risque de maladie cardio-vasculaire.

VOS OBJECTIFS PERSONNELS

Vos objectifs personnels vous guident dans la prise en charge de votre maladie rénale. En concertation avec votre médecin généraliste, vous établissez, pour votre trajet de soins, un plan de suivi concret qui repose sur les objectifs suivants :

- Avoir un mode de vie sain:
 - bouger régulièrement
 - arrêter de fumer
 - manger sainement
 - perdre du poids si nécessaire
 - ne pas utiliser de médicaments (p.ex: antidouleurs) sans avis de votre médecin: ils peuvent être nocifs pour vos reins

- Suivre et, si nécessaire, traiter avec des médicaments :
 - votre glycémie (glucose dans le sang)
 - votre tension artérielle
 - votre cholestérol et graisses dans le sang
 - votre protéinurie: albumine dans l'urine
 - votre anémie
 - l'état de vos os et articulations
 - votre tabagisme: arrêter de fumer
 - un régime adapté avec l'aide d'un diététicien expérimenté
 - prendre les médicaments nécessaires comme prescrits

- Un examen sanguin
Votre spécialiste et votre généraliste déterminent la fréquence des ces examens sanguins.

- Un examen de contrôle: dépistage des complications au niveau d'autres organes

- Vaccinations contre la grippe, l'hépatite et le pneumocoque

PFLEGEVERLAUFVERTRAG TYP-2-DIABETES

Vignette der Krankenkasse des Patienten

VERPFLICHTUNGEN DES PATIENTEN**NAME DES PATIENTEN**.....

- Mein Hausarzt, den ich bitte, diesen Antrag dem Vertrauensarzt meiner Krankenkasse zukommen zu lassen, hat mir heute die Bedingungen für den Pflegeverlauf bei Typ-2-Diabetes erklärt.
- Ich wurde von meinem Hausarzt darüber informiert, dass die Vorteile und das Gelingen des Pflegeverlaufs meiner aktiven Beteiligung am Pflegeplan unterliegen. Ich verpflichte mich, die praktische Organisation meines Pflegeplans mit meinem Hausarzt zu bestimmen.
- Mein Hausarzt hat mit mir die Behandlungsziele besprochen und wie ich sie erreichen soll, aufgrund der Informationen auf Seite 2 dieses Vertrags.
- Mein Hausarzt hat mir mitgeteilt dass er/sie die nachstehenden verschlüsselten mich betreffenden Daten : Geschlecht, Alter, Gewicht, Körpergröße, arterieller Blutdruck und die Ergebnisse mancher Blutanalysen (HbA1c, LDL-Cholesterin) zwecks einer wissenschaftlichen Bewertung und unter Befolgung der Regelung des Privatlebens dem Sciensano übermitteln wird.

Datum und Unterschrift

Ich bitte meinen Hausarzt, der diesen Vertrag unterzeichnet, meine allgemeine medizinische Akte zu verwalten: er/sie soll dazu innerhalb von einem Jahr nach dem Anfang des Pflegeverlaufs, das Honorar anrechnen

VERPFLICHTUNGEN DES DIABETOLOGEN/INTERNISTENIch stimme zu, mich an dem Pflegeverlauf dieses Patienten, der zur Zielgruppe gehört, zu beteiligen ¹, insbesondere um:

- in gegenseitigem Einvernehmen den Hausarzt bei der Ausarbeitung, der Bewertung und der Anpassung eines individuellen Pflegeplans für den Patienten mit Typ-2-Diabetes zu unterstützen. Dies umfasst Zielsetzungen, eine geplante Betreuung, ärztliche Beratungen, heilhilfsberufliche Leistungen und technische Untersuchungen
- dem Hausarzt die Berichte meiner Beratungen und technischen Untersuchungen zu besorgen
- mit dem Hausarzt eine effektive Kommunikation zu beachten, entweder auf Verlangen des Hausarztes, oder anlässlich der Übertragung von klinischen oder biologischen Parametern.

Name + Stempel

Datum und Unterschrift

Kontonummer für die Zahlung des Pflegeverlaufhonorars

 Facharzt : Inhaber :

Kontonummer :

Unternehmensnummer :

ODER

 Krankenhaus :

Kontonummer :

Unternehmensnummer :

VERPFLICHTUNGEN DES HAUSARZTESIch stimme zu, mich an dem Pflegeverlauf dieses Patienten, der zur Zielgruppe ¹ gehört, zu beteiligen, insbesondere um:

- in gegenseitigem Einvernehmen mit dem Endokrinologen-Diabetologen, einen individuellen Pflegeplan auszuarbeiten, zu bewerten und anzupassen. Dies umfasst Zielsetzungen, eine geplante Betreuung, ärztliche Beratungen, heilhilfsberufliche Leistungen und technische Untersuchungen
- dem Facharzt meine Beobachtungen und die Ergebnisse wichtiger Untersuchungen für die Betreuung des Patienten zu besorgen
- wenn der Patient diese nicht von einem konventionierten Diabeteszentrum bekommt, dem Patienten selbst oder über einen Diabetesberater über die Krankheit, die Behandlung und die Betreuung zu beraten und dies aufrechtzuerhalten
- die medizinische Akte des Patienten zu benutzen
- dem Vertrauensarzt eine Abschrift dieses vollständig ausgefüllten Vertrags zu besorgen.

Name + Stempel

Datum und Unterschrift

Kontonummer für die Zahlung des Pflegeverlaufhonorars

Hausarzt : Inhaber :

Kontonummer :

Unternehmensnummer (ev) :

VERTRAUENSARZT der Krankenkasse

Ich bestätige den Empfang dieses Vertrags gemäß den Vorschriften in Bezug auf den Pflegeverlauf bei Typ-2-Diabetes, der ab dem (Datum Empfang des konformen Antrags).....bis zum.....gilt.

Name + Stempel

Datum und Unterschrift

¹Einschlusskriterien für einen Pflegeverlauf Typ-2-Diabetes

- eine oder zwei Insulininjektionen pro Tag
- unzureichende Kontrolle bei oraler Maximalbehandlung, sodass eine Insulinbehandlung in Betracht gezogen werden muss

Ausschlusskriterien

- schwanger oder Schwangerschaftswunsch
- mehr als 2 Insulininjektionen pro Tag
- Typ-1-Diabetes

PFLEGEVERLAUFVERTRAG TYP-2-DIABETES (Seite 2)

AUSKÜNFTE ÜBER DIE VORGEHENSWEISE BEI ZUCKERKRANKHEIT (TYP-2-DIABETES)

ALLGEMEINES ZIEL

Eine gute Vorgehensweise bei Ihrer Zuckerkrankheit sichert Ihnen ein längeres und gesünderes Leben. Diese Vorgehensweise vermeidet längere Zeit Komplikationen, die entstehen wenn die Blutgefäße verstopfen.

PERSÖNLICHE ZIELE

Ihre persönliche Ziele sind der Leitfaden für die Vorgehensweise bei Ihrer Zuckerkrankheit. Aufgrund der nachstehenden Ziele stellen Sie und Ihr Hausarzt einen konkreten Pflegeplan für Ihren Pflegeverlauf auf :

- Gesunde Lebensweise wobei Sie Nachstehendes beachten:
 - Regelmäßig bewegen
 - Das Rauchen einstellen
 - Gesunde Ernährung
 - Gewicht kontrollieren
- Überwachung und wenn nötig Behandlung mit Arzneimitteln von
 - Blutzucker
 - Cholesterin und Blutfett
 - Blutdruck
 - Die Verstopfung der Blutgefäße mit Arzneimitteln vorbeugen
 - Übergewicht
 - Tabakkonsum: das Rauchen einstellen
- Blutanalyse: HbA1c²
- Kontrolle beim Hausarzt um eventuelle Komplikationen zu entdecken:
 - Befragung (Risiko auf Herzkrankheit, Nervenschmerzen,...)
 - Untersuchung der Füße
 - Blut- und Urinuntersuchung
- Augenuntersuchung beim Augenarzt
- Grippe- und Pneumokokkenimpfung³
- Besseres Verständnis Ihrer Krankheit und der geplanten Pflege, mit Hilfe der Diabetesberatung

² Hämoglobin A1c: zeigt ob Ihr Blutzucker während der 3 vergangenen Monate gut reguliert war

³ Die Zuckerkrankheit senkt Ihre Abwehr gegen Grippe und Infektionskrankheiten; die Grippe kann Ihre Zuckerkrankheit durcheinanderbringen

PFLEGEVERLAUFVERTRAG BEI CHRONISCHER NIERENINSUFFIZIENZ

Vignette der Krankenkasse des Patienten

VERPFLICHTUNGEN DES PATIENTEN

NAME DES PATIENTEN:

- Mein Hausarzt, den ich bitte, diesen Antrag dem Vertrauensarzt meiner Krankenkasse zukommen zu lassen, hat mir heute die Bedingungen für den Pflegeverlauf bei chronischer Niereninsuffizienz erklärt.
- Ich wurde von meinem Hausarzt darüber informiert, dass die Vorteile und das Gelingen des Pflegeverlaufs meiner aktiven Beteiligung am Pflegeplan unterliegen. Ich verpflichte mich, die praktische Organisation meines Pflegeplans mit meinem Hausarzt zu bestimmen.
- Mein Hausarzt hat mit mir die Behandlungsziele besprochen und wie ich sie erreichen soll, aufgrund der Informationen auf Seite 2 dieses Vertrags.
- Mein Hausarzt hat mir mitgeteilt dass er/sie die nachstehenden verschlüsselten mich betreffenden Daten : Geschlecht, Alter, Nierenbefund, arterieller Blutdruck und die Ergebnisse mancher Blutanalysen (Hämoglobin, Kreatinin, eGFR) zwecks einer wissenschaftlichen Bewertung und unter Befolgung der Regelung des Privatlebens dem Sciensano übermitteln wird

Datum und Unterschrift

Ich bitte meinen Hausarzt, der diesen Vertrag unterzeichnet, meine allgemeine medizinische Akte zu verwalten: er/sie soll dazu innerhalb von einem Jahr nach dem Anfang des Pflegeverlaufs, das Honorar anrechnen

VERPFLICHTUNGEN DES NEPHROLOGEN/INTERNISTENIch stimme zu, mich an dem Pflegeverlauf dieses Patienten, der zur Zielgruppe gehört, zu beteiligen¹, insbesondere um:

- in gegenseitigem Einvernehmen den Hausarzt bei der Ausarbeitung, der Bewertung und der Anpassung eines individuellen Pflegeplans für den Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz zu unterstützen. Dies umfasst Zielsetzungen, eine geplante Betreuung, ärztliche Beratungen, heilhilfsberufliche Leistungen und technische Untersuchungen
- dem Hausarzt die Berichte meiner Beratungen und technischen Untersuchungen zu besorgen
- mit dem Hausarzt eine effektive Kommunikation zu beachten, entweder auf Verlangen des Hausarztes, oder anlässlich der Übertragung von klinischen oder biologischen Parametern.

Name + Stempel

Datum und Unterschrift

Kontonummer für die Zahlung des Pflegeverlaufhonorars

 Facharzt : Inhaber :

Kontonummer :

Unternehmensnummer :

ODER

 Krankenhaus :

Kontonummer :

Unternehmensnummer :

VERPFLICHTUNGEN DES HAUSARZTESIch stimme zu, mich an dem Pflegeverlauf dieses Patienten, der zur Zielgruppe ¹ gehört, zu beteiligen, insbesondere um:

- in gegenseitigem Einvernehmen mit dem Nephrologen, einen individuellen Pflegeplan auszuarbeiten, zu bewerten und anzupassen. Dies umfasst Zielsetzungen, eine geplante Betreuung, ärztliche Beratungen, heilhilfsberufliche Leistungen und technische Untersuchungen für den Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz
- dem Facharzt meine Beobachtungen und die Ergebnisse wichtiger Untersuchungen für die Betreuung des Patienten zu besorgen
- die medizinische Akte des Patienten zu benutzen
- dem Vertrauensarzt eine Abschrift dieses vollständig ausgefüllten Vertrags zu besorgen.

Name + Stempel

Datum und Unterschrift

Kontonummer für die Zahlung des Pflegeverlaufhonorars

Hausarzt :Inhaber :

Kontonummer :

Unternehmensnummer (ev) :

VERTRAUENSARZT DER KRANKENKASSE

Ich bestätige den Empfang dieses Vertrags gemäß den Vorschriften in Bezug auf den Pflegeverlauf bei chronischer Niereninsuffizienz, der ab dem (Datum Empfang des konformen Antrags).....bis zum.....gilt.

Name + Stempel

Datum und Unterschrift

¹Einschlusskriterien für einen Pflegeverlauf bei chronischer Niereninsuffizienz:

- eine folgendermassen definierte chronische Niereninsuffizienz erleiden:
 - o eine berechnete glomeruläre Filtrationsrate <45ml/Min./1,73m² laut der vereinfachten MDRD-Formel mindestens zweimal bestätigt mit einer Zwischenzeit von mindestens 3 Monaten
 - und/oder
 - o eine Proteinurie von >1g/Tag mindestens zweimal bestätigt mit einer Zwischenzeit von mindestens 3 Monaten
- älter als 18 Jahre sein
- nicht dialysiert werden und nicht transplantiert worden sein
- sie müssen in der Lage sein, sich zu den Beratungen zu begeben, d.h. Nephrologen/Internisten in deren Praxis aufzusuchen.

PFLEGEVERLAUFVERTRAG FÜR CHRONISCHE NIERENINSUFFIZIENZ (Seite 2)

AUSKÜNFTE ÜBER DIE VORGEHENSWEISE BEI CHRONISCHER NIERENINSUFFIZIENZ

ALLGEMEINES ZIEL

Eine gute Vorgehensweise bei Ihrer Nierenkrankheit sichert Ihnen ein längeres und gesünderes Leben. Diese Vorgehensweise kann die Entwicklung Ihrer Nierenkrankheit stark verlangsamen. Sie ermöglicht es auch das Funktionieren Ihrer Nieren so lange wie möglich zu bewahren und Ihr Risiko auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu senken.

IHRE PERSÖNLICHEN ZIELE

Ihre persönlichen Ziele sind der Leitfaden für die Vorgehensweise bei Ihrer Nierenkrankheit. Aufgrund der nachstehenden Ziele stellen Sie und Ihr Hausarzt einen konkreten Pflegeplan für Ihren Pflegeverlauf auf.

- Gesunde Lebensweise
 - Regelmäßig bewegen
 - Das Rauchen einstellen
 - Gesunde Ernährung
 - Gegebenenfalls abnehmen
 - Keine Arzneimittel verwenden (z.B. Schmerzmittel) ohne ärztliche Anweisung: sie können Ihren Nieren schaden

- Überwachung und wenn nötig Behandlung mit Arzneimitteln von
 - Blutzucker
 - Blutdruck
 - Cholesterin und Blutfett
 - Proteinurie: Eiweiß im Urin
 - Blutarmut
 - Dem Zustand Ihrer Knochen und Gelenke
 - Tabakkonsum: das Rauchen einstellen
 - Angepasste Diät: mit Hilfe eines erfahrenen Ernährungsberaters
 - Die verschriebenen Arzneimittel vorschriftsmäßig einnehmen

- Blutkontrolle
Ihr Facharzt und Ihr Hausarzt bestimmen die Frequenz der Blutkontrollen

- Kontrolle: Früherkennung von Komplikationen in anderen Organen

- Impfungen: Grippen-, Hepatitis- und Pneumokokkenimpfung