|  |  |
| --- | --- |
|  | **Medisch attest voor de aanvraag van een persoonlijke-assistentiebudget (PAB) via de spoedprocedure voor kinderen** |
|  | ***Waarvoor dient dit formulier?****Met dit formulier verklaart u dat een kind van 6 tot 18 jaar in aanmerking komt om een persoonlijke-assistentiebudget aan te vragen via de spoedprocedure.****Wie komt in aanmerking voor de spoedprocedure?****Kinderen komen in aanmerking voor de spoedprocedure als ze lijden aan een specifieke evolutieve neuromusculaire aandoening of stofwisselingsziekte (metabole ziekte), en als er binnen een termijn van een jaar of minder voorafgaand aan en aansluitend op de aanvraagdatum van de spoedprocedure sprake is van een snelle progressie van het ziektebeeld op een of meer specifieke domeinen.****Wie moet dit formulier invullen?****Dit formulier wordt ingevuld door de behandelende arts-specialist van de gespecialiseerde dienst.* |
|  | **Identificatie van de patiënt** |
| **1** | **Vul hieronder de gegevens van de patiënt in.***Als 'studie/werk/inkomen' niet van toepassing is, vult u 'niet van toepassing' in.**Een generatiegezin is een gezin waarbij ouders en kinderen in een groter familieverband leven, samen met grootouders, tantes, nonkels enzovoort.* |
|  | officiële voornamen |       |
|  | achternaam |       |
|  | straat en huisnummer |       |
|  | postcode en gemeente |       |
|  | geboortedatum |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| dag |   |   | maand |   |   | jaar |   |   |   |   |

 |
|  | rijksregisternummer |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |   |   |

 |
|  | studie/werk/inkomen |       |
|  | gezinsvorm | [ ]  | kerngezin of traditioneel gezin | [ ]  | generatiegezin |
|  |  | [ ]  | gescheiden gezin | [ ]  | nieuw samengesteld gezin |
|  |  | [ ]  | eenoudergezin | [ ]  | tienerouder |
|  |  | [ ]  | adoptiegezin | [ ]  | pleeggezin |
|  |  | [ ]  | andere gezinsvorm. **Welke?** |       |
|  | aantal kinderen in het gezin |       | kinderen |
| **2** | **Vul hieronder de gegevens van de wettelijk vertegenwoordiger in.***De wettelijk vertegenwoordiger is een van de ouders of een door een rechtbank aangestelde vervanger (bijvoorbeeld een voogd of een provoogd).* |
|  | officiële voornamen |       |
|  | achternaam |       |
|  | straat en huisnummer |       |
|  | postcode en gemeente |       |
|  | geboortedatum |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| dag |   |   | maand |   |   | jaar |   |   |   |   |

 |
|  | rijksregisternummer |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |   |   |

 |
|  | nationaliteit |       |
|  | studie/werk/inkomen |       |
|  | relatie tot de patiënt |       |
|  | **Informatie over de diagnose** |
| **3** | **Aan welk type aandoening lijdt de patiënt?***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’,* [*www.nema.be*](http://www.nema.be) *of* [*www.vsn.nl*](http://www.vsn.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*](http://www.boks.be) *of* [*www.orpha.net*](http://www.orpha.net)*.* |
|  |  |       |
|  | [ ]  | een andere aandoening. *De patiënt kan geen PAB aanvragen via de spoedprocedure. Hij kan wel een PAB aanvragen via de gewone procedure. U hoeft dit formulier niet verder in te vullen.* |
| **4** | **Welke gespecialiseerde intramurale dienst heeft de diagnose bevestigd?** |
|  | [ ]  | een neuromusculair referentiecentrum (NMRC). **Vermeld hieronder de naam van het centrum.** |
|  |  |       |
|  | [ ]  | een centrum voor erfelijke metabole aandoeningen (CEMA). **Vermeld hieronder de naam van het centrum.** |
|  |  |       |
| **5** | **Op welke datum werd de diagnose bevestigd?** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| dag |   |   | maand |   |   | jaar |   |   |   |   |

 |
| **6** | **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** |
| **7** | *Om in aanmerking te komen voor de spoedprocedure moet er over een periode van één jaar of minder, een snelle vermindering van de zelfredzaamheid vastgesteld zijn op het vlak van zich kunnen verplaatsen, zich wassen en aankleden, eten, toiletgang of ademhaling.**Die vermindering van de zelfredzaamheid wordt bij voorkeur aangetoond met de Katzschaal. Als u een andere schaal gebruikt, moet die met de Katzschaal vergeleken kunnen worden.* |
| **8** | **Is er bij de patiënt over een periode van één jaar of minder een snelle vermindering van de zelfredzaamheid vastgesteld op het vlak van de mogelijkheid om zich te verplaatsen, zich te wassen en aan te kleden, te eten, naar het toilet te gaan of zelfstandig te ademen?** |
|  | [ ]  | ja. **Specificeer hieronder de tijdspanne waarbinnen de vermindering van de zelfredzaamheid zich heeft voorgedaan.** |
|  | startdatum |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| dag |   |   | maand |   |   | jaar |   |   |   |   |

 |
|  | einddatum  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| dag |   |   | maand |   |   | jaar |   |   |   |   |

 |
|  | [ ]  | nee. *De patiënt kan geen PAB aanvragen via de spoedprocedure. Hij kan wel een PAB aanvragen via de gewone procedure. U hoeft dit formulier niet verder in te vullen.* |
| **9** | **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 ademen naar de noodzaak aan permanent toezicht wegens beademing.* |
|  | [ ]  | geen van bovenstaande domeinen. *De patiënt kan geen PAB aanvragen via de spoedprocedure. Hij kan wel een PAB aanvragen via de gewone procedure.* |
| **10** | **Welk meetinstrument hebt u gebruikt om de mate van zelfredzaamheid te beoordelen?** |
|  | [ ]  | de Katzschaal |
|  | [ ]  | een ander meetinstrument. **Welk ander meetinstrument of welke andere schaal hebt u gebruikt?***Voeg het onderzoeksverslag en scoreblad bij dit formulier.* |
|  |  |       |
|  | **Ondertekening** |
| **11** | **Vul de onderstaande verklaring in.** |
|  | **Ik verklaar als behandelend arts-specialist van de gespecialiseerde dienst dat de patiënt, vermeld in vraag 1, in aanmerking komt voor een PAB volgens de spoedprocedure voor kinderen, zoals bepaald in het besluit van de Vlaamse Regering van 17 november 2006 en 18 juli 2008.** |
|  | datum |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| dag |   |   | maand |   |   | jaar |   |   |   |   |

 |
|  | handtekening |  |
|  | voor- en achternaam |       |
|  | Druk in het vak hiernaast uw stempel af. |

|  |
| --- |
|  |

 |
|  | **Aan wie bezorgt u dit formulier?** |
| **12** | *U bezorgt dit formulier aan de intersectorale toegangspoort (ITP) van de provincie waar de patiënt gedomicilieerd is. De adressen vindt u op de website van het Agentschap Jongerenwelzijn:* [*http://wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn/jeugdhulp/intersectorale-toegangspoort*](http://wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn/jeugdhulp/intersectorale-toegangspoort) |