



Iriscare

www.myIriscare.brussels

Réf. à mentionner dans toute correspondance



0800 35499



autonomie-handicap@iriscare.brussels

FORMULAIRE D'INFORMATIONS MÉDICALES¹ ALLOCATIONS FAMILIALES MAJOREES

Formulaire à compléter et nous renvoyer à

**Iriscare - Centre d'évaluation de l'autonomie et du handicap
Rue de Trèves, 70 boîte 3, 1000 Bruxelles**

Ce formulaire est à faire compléter par le médecin traitant ou spécialiste de votre enfant. Veuillez également y joindre tous les rapports complémentaires de spécialistes dont vous ou le médecin disposez. Veuillez nous faire parvenir le formulaire complété et les annexes à l'adresse indiquée ci-dessus.

Les données marquées d'une astérisque recueillies via ce formulaire doivent obligatoirement être fournies. Dans le cas contraire, nous ne disposerons pas de suffisamment d'informations pour traiter la demande de l'assuré social ou y répondre correctement.

DONNÉES ADMINISTRATIVES

1. DONNÉES DU PATIENT*

Nom	_____
Prénom	_____
Date de naissance	__ / __ / __ __
N° de registre national	__ . __ . __ - __ - __
Rue	_____ boîte __
Commune	_____

2. DONNÉES DU MÉDECIN AYANT COMPLÉTÉ CE DOCUMENT*

Nom	_____
Prénom	_____
Téléphone/GSM	_____
N° INAMI	_____
E-mail	_____

¹ Iriscare - Centre d'évaluation de l'autonomie et du handicap traite vos données à caractère personnel en respectant la réglementation en vigueur applicable au traitement de données à caractère personnel et, en particulier, le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (ci-après, "le Règlement général sur la protection des données" ou "RGPD") et la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Les données recueillies sur ce formulaire et marquées d'une astérisque sont obligatoires et nécessaires au bon traitement de votre demande et dans la mesure où cela est nécessaire pour vous contacter ou contacter votre médecin. Elles ne seront pas réutilisées à d'autres fins.

Pour en savoir plus sur la gestion de vos données et de vos droits, veuillez consulter notre politique de confidentialité via : [Protection des données à caractère personnel - myIriscare](#)

INFORMATIONS MÉDICALES

Les renseignements demandés concernent l'affection de l'enfant.

Selon la situation de l'enfant, veuillez joindre à ce formulaire les copies de rapports de médecins spécialistes, de bilans de thérapeutes (logopèdes, kinésithérapeutes, psychologues...), de rapports d'hospitalisations et de résultats d'examens médicaux (labo, Rx, IRM, audiométrie, acuité visuelle/ champ visuel...) dont vous disposez.

3. TRAITEMENT PRIORITAIRE DU DOSSIER DANS LES CAS SUIVANTS

- Cancer à un stade avancé
- Soins palliatifs
- Affection dégénérative évoluant rapidement

4. AFFECTIONS ACTUELLES*

Date de début	Diagnostic	Important
__ / __ / ____		<input type="checkbox"/>
__ / __ / ____		<input type="checkbox"/>
__ / __ / ____		<input type="checkbox"/>
__ / __ / ____		<input type="checkbox"/>
__ / __ / ____		<input type="checkbox"/>

Remarques concernant les affections actuelles :

Nous écrire : IrisCare - Centre d'évaluation de l'autonomie et du handicap
Rue de Trèves, 70 boîte 3, 1000 Bruxelles

Nous visiter : Rue de Trèves, 70, 1000 Bruxelles - de 8h30 à 16h30

Nous contacter : 0800 35 499 (gratuit) - de 8h30 à 16h30 (le lundi et le jeudi de 8h30 à 12h00)



Iriscare

www.myIriscare.brussels

Réf. à mentionner dans toute correspondance



0800 35499



autonomie-handicap@iriscare.brussels

5. ÉVÈNEMENTS CHIRURGICAUX

Date	Diagnostic	Interventions
__ / __ / __		
__ / __ / __		
__ / __ / __		
__ / __ / __		

Remarques concernant les événements chirurgicaux :

6. ANTÉCÉDENTS

Date	Diagnostic	Traitements	Période du traitement	Important
__ / __ / __				<input type="checkbox"/>
__ / __ / __				<input type="checkbox"/>
__ / __ / __				<input type="checkbox"/>
__ / __ / __				<input type="checkbox"/>

Remarques concernant les antécédents :

Nous écrire : Iriscare - Centre d'évaluation de l'autonomie et du handicap
Rue de Trèves, 70 boîte 3, 1000 Bruxelles

Nous visiter : Rue de Trèves, 70, 1000 Bruxelles - de 8h30 à 16h30

Nous contacter : 0800 35 499 (gratuit) - de 8h30 à 16h30 (le lundi et le jeudi de 8h30 à 12h00)

7. TRAITEMENT

7.1. MÉDICATION ACTUELLE

Date de début	Médication	Posologie
____ / ____ / ____ -		
____ / ____ / ____ -		
____ / ____ / ____ -		
____ / ____ / ____ -		
____ / ____ / ____ -		
____ / ____ / ____ -		

7.2. SÉJOURS HOSPITALIERS

Du	Au	Motif
		Période
____ / ____ / ____ -	____ / ____ / ____ -	
____ / ____ / ____ -	____ / ____ / ____ -	
____ / ____ / ____ -	____ / ____ / ____ -	
____ / ____ / ____ -	____ / ____ / ____ -	

Nous écrire : IrisCare - Centre d'évaluation de l'autonomie et du handicap
Rue de Trèves, 70 boîte 3, 1000 Bruxelles

Nous visiter : Rue de Trèves, 70, 1000 Bruxelles - de 8h30 à 16h30

Nous contacter : 0800 35 499 (gratuit) - de 8h30 à 16h30 (le lundi et le jeudi de 8h30 à 12h00)



Iriscare

www.myIriscare.brussels

Réf. à mentionner dans toute correspondance



0800 35499



autonomie-handicap@iriscare.brussels

7.3. THÉRAPIES ACTUELLES

Type	Date de début	Fréquence (par semaine ou mois)	Lieu
Logopédie	__ / __ / _____		
Kinésithérapie	__ / __ / _____		
Ergothérapie	__ / __ / _____		
Psychothérapie	__ / __ / _____		
Aide précoce à domicile	__ / __ / _____		
Autre : -----	__ / __ / _____		

7.4. THÉRAPIES ANTÉRIEURES

Type	Dates/Périodes	Fréquence (par semaine ou mois)	Lieu (cabinet, hôpital, domicile, école...)
Logopédie			
Kinésithérapie			
Ergothérapie			
Psychothérapie			
Aide précoce à domicile			
Autre : -----			

Nous écrire : Iriscare - Centre d'évaluation de l'autonomie et du handicap
Rue de Trèves, 70 boîte 3, 1000 Bruxelles

Nous visiter : Rue de Trèves, 70, 1000 Bruxelles - de 8h30 à 16h30

Nous contacter : 0800 35 499 (gratuit) - de 8h30 à 16h30 (le lundi et le jeudi de 8h30 à 12h00)

7.5. AUTRES TRAITEMENTS

7.6. MESURES SPECIFIQUES OU PREVENTIVES

Mesures de sécurité spécifiques et/ou mesures préventives (domicile, école, transport) :

8. VISION

Quand le trouble a-t-il été constaté pour la première fois ? _____

Date de l'examen : _____ / _____ / _____

	Oeil droit	Oeil gauche
Acuité visuelle <u>avant correction</u>		
Acuité visuelle <u>après correction</u>		
Acuité visuelle binoculaire <u>après correction</u>		
Champs visuel <u>après correction</u>		

Nous écrire : IrisCare - Centre d'évaluation de l'autonomie et du handicap
Rue de Trèves, 70 boîte 3, 1000 Bruxelles

Nous visiter : Rue de Trèves, 70, 1000 Bruxelles - de 8h30 à 16h30

Nous contacter : 0800 35 499 (gratuit) - de 8h30 à 16h30 (le lundi et le jeudi de 8h30 à 12h00)

**Iriscare**

www.myIriscare.brussels

Réf. à mentionner dans toute correspondance

**0800 35499**

autonomie-handicap@iriscare.brussels

9. AUDITION

Quand le trouble a-t-il été constaté pour la première fois ? _____

Appareillage auditif : Non Oui depuis : ____ / ____ / ____Implant cochléaire : Non Oui depuis : ____ / ____ / ____

Date du dernier bilan d'audition : ____ / ____ / ____

Date de l'audiogramme tonal liminaire : ____ / ____ / ____

Date de l'audiométrie vocale avec prothèses : ____ / ____ / ____

	Prothèse	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	Moyenne
Droite	sans				
Gauche	sans				
Droite	avec				
Gauche	avec				

Un bilan logopédique actualisé est-il disponible? Non Oui si OUI, prière de le joindre**10. PARAMÈTRES ÉVENTUELS ET PERTINENTS (poids, ...)**

Date	Valeur	Paramètre (unité)
____ / ____ / ____		
____ / ____ / ____		
____ / ____ / ____		
____ / ____ / ____		
____ / ____ / ____		
____ / ____ / ____		
____ / ____ / ____		

Nous écrire : Iriscare - Centre d'évaluation de l'autonomie et du handicap
Rue de Trèves, 70 boîte 3, 1000 Bruxelles**Nous visiter :** Rue de Trèves, 70, 1000 Bruxelles - de 8h30 à 16h30**Nous contacter :** 0800 35 499 (gratuit) - de 8h30 à 16h30 (le lundi et le jeudi de 8h30 à 12h00)

11. SCOLARITÉ

Enseignement ordinaire : _____

Enseignement spécial : _____

Lieu	Type	Forme	Du	Au	Ou depuis le

12. TEST QI

Nom du test	Date	QI tot	Qiv	Qip

Nom du test	Date	ICV	IRP	IVS	IRF	IMT	IVT

13. ÉTABLISSEMENT RÉSIDENTIEL (MP / revalidation/ psychiatrie)

Lieu	De	À	Ou depuis le

Nous écrire : IrisCare - Centre d'évaluation de l'autonomie et du handicap
Rue de Trèves, 70 boîte 3, 1000 Bruxelles

Nous visiter : Rue de Trèves, 70, 1000 Bruxelles - de 8h30 à 16h30

Nous contacter : 0800 35 499 (gratuit) - de 8h30 à 16h30 (le lundi et le jeudi de 8h30 à 12h00)



IrisCare

www.myIrisCare.brussels

Réf. à mentionner dans toute correspondance



0800 35499



autonomie-handicap@iris-care.brussels

14. REMARQUES SUPPLÉMENTAIRES

Nous écrire : IrisCare - Centre d'évaluation de l'autonomie et du handicap
Rue de Trèves, 70 boîte 3, 1000 Bruxelles

Nous visiter : Rue de Trèves, 70, 1000 Bruxelles - de 8h30 à 16h30

Nous contacter : 0800 35 499 (gratuit) - de 8h30 à 16h30 (le lundi et le jeudi de 8h30 à 12h00)

15. Veuillez indiquer les documents joints à ce formulaire

- Rapports de pédiatrie
- Rapports de (pédo)psychiatrie
- Rapports d'hématologie
- Rapports d'oncologie
- Rapports de cardiologie
- Rapports de néphrologie avec mention de la fonction rénale
- Rapports de pneumologie avec le résultat d'épreuves fonctionnelles respiratoires
- Rapports de neurologie
- Rapports d'orthopédie
- Rapports de rhumatologie
- Rapports d'endocrinologie
- Rapports d'ORL
- Rapports d'ophtalmologie
- Rapports d'hospitalisation
- Bilans de rééducation (logopède, kinésithérapeute, psychologue...) avec la fréquence et le lieu des traitements (domicile, cabinet, école...)
- Résultats test QI
- Résultats d'examens médicaux
Précisez :
- Autre :

Date* : ____ / ____ / ____

Signature*

Cachet du médecin*

Nous écrire : IrisCare - Centre d'évaluation de l'autonomie et du handicap
Rue de Trèves, 70 boîte 3, 1000 Bruxelles

Nous visiter : Rue de Trèves, 70, 1000 Bruxelles - de 8h30 à 16h30

Nous contacter : 0800 35 499 (gratuit) - de 8h30 à 16h30 (le lundi et le jeudi de 8h30 à 12h00)