

FORMULAIRE D'INFORMATIONS MÉDICALES¹ ALLOCATIONS FAMILIALES MAJORÉES

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 - mylriscare](#)

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 :



Iriscare

www.mylriscare.brussels

Réf. à mentionner dans toute correspondance

____.____.____-____-____



0800 35499



autonomie-handicap@iriscare.brussels

5. ÉVÈNEMENTS CHIRURGICAUX

Date	Diagnostic	Interventions
___/___/____		
___/___/____		
___/___/____		
___/___/____		

Remarques concernant les événement 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 :

.....

.....

.....

.....

7. TRAITEMENT

7.1. MÉDICATION ACTUELLE

Date de début	Médication	Posologie
___/___/_____		
___/___/_____		
___/___/_____		
___/___/_____		
___/___/_____		
___/___/_____		

7.2. SÉJOURS HOSPITALIERS

Période		Motif
Du	Au	
___/___/_____	___/___/_____	
___/___/_____	___/___/_____	
___/___/_____	___/___/_____	
___/___/_____	___/___/_____	



Iriscare

www.mylriscare.brussels

Réf. à mentionner dans toute correspondance

____.____.____-____-____



0800 35499



autonomie-handicap@iriscares.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 : -----			

AFM_Form_InfoMed_FR

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

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>		



Iriscare

www.mylriscare.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)
____ / ____ / _____		
____ / ____ / _____		
____ / ____ / _____		
____ / ____ / _____		
____ / ____ / _____		
____ / ____ / _____		
____ / ____ / _____		

AFM_Form_InfoMed_FR

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
	--/--/----			

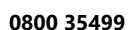
Nom du test	Date	ICV	IRP	IVS	IRF	IMT	IVT
	--/--/----						

13. ÉTABLISSEMENT RÉSIDENTIEL (MP / revalidation/ psychiatrie)

Lieu	De	À	Ou depuis le
	--/--/----	--/--/----	--/--/----



_____ • _____ • _____ ■ _____ ■ _____

[illegible]

9/10

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*