

FORMULAIRE D'INFORMATION MÉDICALE¹ ALLOCATION PERSONNE AGÉE

Formulaire à compléter et nous renvoyer à

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

Ce formulaire est à faire compléter par votre médecin traitant ou spécialiste.

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 Iriscore - 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 - mylriscore](#)

INFORMATIONS MÉDICALES

Les renseignements demandés concernent l'affection de votre patient.
Selon la situation de votre patient, 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 :

.....

.....

.....

.....

APA_Form_InfoMed_FR



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 de début	Diagnostic	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

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



Iriscare

www.mylriscare.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)
Logopédie	___ / ___ / _____	
Kinésithérapie	___ / ___ / _____	
Ergothérapie	___ / ___ / _____	
Psychothérapie	___ / ___ / _____	
Infirmière	___ / ___ / _____	
Autre : _____	___ / ___ / _____	

7.4. THÉRAPIES ANTÉRIEURES

Type	Dates de début	Fréquence (par semaine ou mois)
Logopédie	___ / ___ / _____	
Kinésithérapie	___ / ___ / _____	
Ergothérapie	___ / ___ / _____	
Psychothérapie	___ / ___ / _____	
Infirmière	___ / ___ / _____	
Autre : _____	___ / ___ / _____	

APA_Form_InfoMed_FR

7.5. AUTRES TRAITEMENTS

8. PARAMÈTRES ÉVENTUELS ET PERTINENTS (poids, ...)

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



Iriscare

www.mylriscare.brussels

Réf. à mentionner dans toute correspondance



0800 35499



autonomie-handicap@iriscare.brussels

9. ECHELLE DE KATZ

Veuillez bien noter que **l'échelle de Katz est différente de l'évaluation du degré de réduction d'autonomie** qui va être réalisée par le Centre d'Evaluation de l'Autonomie et du Handicap et cela, tant au niveau du système de cotation que des critères considérés.

Veuillez indiquer le score de votre patient selon son degré de dépendance :

CRITERE	Score	1	2	3	4
SE LAVER		est capable de se laver complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture	a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
S'HABILLER		est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
TRANSFERT ET DEPLACEMENTS		est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers	est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante...)	a absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements	est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
ALLER A LA TOILETTE		est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer	a besoin d'aide pour un des trois items: se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer	a besoin d'aide pour deux des trois items: se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	doit être entièrement aidé pour les trois items: se déplacer et s'habiller et s'essuyer
CONTINENCE		est continent pour les urines et les selles	est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles	est incontinent pour les urines et les selles

APA_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

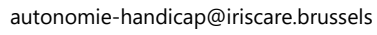
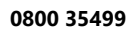
Nous contacter : 0800 35 499 (gratuit) - de 8h30 à 16h30 (le lundi et le jeudi de 8h30 à 12h00)

CRITERE	Score	1	2	3	4
MANGER		est capable de manger et de boire seul	a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	le patient est totalement dépendant pour manger ou boire

CRITERE	Score	1	2	3	4
TEMPS		pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalement désorienté ou impossible à évaluer
ESPACE		pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalement désorienté ou impossible à évaluer



_____ • _____ • _____ ■ _____ ■ _____



11. VEUILLEZ INDIQUER LES DOCUMENTS JOINTS À CE FORMULAIRE

- ☐ Rapports de 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...)
- ☐ Bilans cognitifs (MMS...)
- ☐ Bilans d'indépendance et d'autonomie (échelle de Katz...)
- ☐ Résultats d'examens médicaux
Précisez :
- ☐ Autre :

Date* : __ / __ / __ __ __

Signature*

Cachet du médecin*