Notification de douleur chronique

Modèle de notification à adresser au médecin-conseil sur base de l'arrêté royal du 3 juin 2007 portant exécution de l'article 37, § 16bis, alinéa 1er, 3° et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les analgésiques.

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom,n° NISS.) :

……
……
…… ……

II – Eléments à attester par le médecin traitant :

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus présente une affection chronique qui entraîne des douleurs chroniques (douleur persistante pendant au moins trois mois après un traitement curatif optimal ou persistante après le traitement curatif d'un syndrome de douleur chronique maligne), du type suivant :

cancers;
arthrose/arthrite chronique ;
douleurs neurogènes ou neuropathiques, d'origine centrale ou périphérique (y compris sclérose en plaque)
douleurs vasculaires périphériques ;
douleurs post-chirurgicales (y compris membres fantômes)
fibromyalgie.

Je tiens à la disposition du médecin-conseil et du service d' evaluation et de contrôle medicaux les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouve dans la situation attestée.

III– Identification du médecin traitant (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

(nom)
(prénom)
1- - - (N° INAMI)
/ / (DATE)

(CACHET) …… (SIGNATURE DU MEDECIN)