**CONVENTION RELATIVE AU DIAGNOSTIC ET AU TRAITEMENT**

**DU SYNDROME DES APNEES DU SOMMEIL**

(d'application à partir du 1er janvier 2018)

**ANNEXE 10: FORMULAIRE D'INFORMATIONS SUR LES MEDECINS POSANT LE DIAGNOSTIC DU CENTRE**

A TRANSMETTRE A L'INAMI ENTIEREMENT COMPLETE AVEC TOUS LES JUSTIFICATIFS DEMANDES POUR LE 28 FEVRIER 2018 AU PLUS TARD

Si nécessaire, vous pouvez ajouter des lignes dans ce document.

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et adresse (du site) de l'hôpital\*: |  |
| Numéro de téléphone: |  |
| Adresse e-mail: |  |

\**Si votre hôpital, en application des dispositions de l'annexe 6 à la convention, applique la convention apnées du sommeil sur 2 sites, ajoutez une colonne et mentionnez les données des deux sites.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MEDECIN(S) SPECIALISTE(S) EN MEDECINE INTERNE, EN PNEUMOLOGIE, EN NEUROLOGIE, EN NEUROPSYCHIATRIE OU EN PSYCHIATRIE (cf. art 3, § 4, 1.a et annexe 1 à la convention)** | | | | | |
| **Nom, prénom et numéro INAMI**  **(éventuellement cachet)** | **Temps de travail consacré aux troubles du sommeil dans le centre (exprimé en ETP) (1ETP = 38 heures par semaine)** | **Etait déjà actif dans le domaine des troubles du sommeil dans le centre en 2017** | **A déjà suivi une des formations mentionnées en annexe 1 à la convention** | **Est le médecin responsable du centre** | **Signature** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Si votre centre prend en charge des enfants (< 16 ans):**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **PEDIATRE(S) (cf. art. 3, § 4, 1.a et annexe 1 à la convention)** | | | | |
| **Nom, prénom et numéro INAMI (éventuellement cachet)** | | **Était déjà actif dans le domaine des troubles du sommeil dans le centre en 2017** | **A déjà suivi une des formations mentionnées en annexe 1 à la convention** | **Est le médecin responsable du centre** | **Signature** |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |

*Seuls les médecins posant un diagnostic qui satisfont à l'ensemble des conditions de l'article 3, § 4, 1.a et de l'annexe 1 à la convention, peuvent être repris dans ce formulaire d'informations. Le nombre de patients de votre centre d’apnées du sommeil limite le nombre de médecins posant un diagnostic qui peut être mentionné dans ce formulaire d'informations étant donné que chaque médecin posant un diagnostic doit traiter (à partir de 2018), par année civile, en moyenne et sur une base annuelle, un minimum de 250 bénéficiaires différents par nCPAP ou au moyen d'une OAM dans le cadre de la convention relative à l'apnée du sommeil.*

Dans la colonne **“Temps de travail consacré aux troubles du sommeil dans le centre”**, il est mentionné le temps pendant lequel le membre de l'équipe concerné travaille à partir du 01/01/2018 dans le centre pour le diagnostic et le traitement de troubles du sommeil. Le temps que le membre de l'équipe consacre dans l'hôpital aux patients atteints de pathologies autres que les troubles du sommeil ne peut pas être pris en considération. Cette donnée ne doit pas être complétée pour le pédiatre ou si votre centre traite exclusivement, ou dans plus de 75% des cas, des patients pédiatriques (< 16 ans).

Dans la colonne **“Etait déjà actif dans le domaine des troubles du sommeil dans le centre en 2017”**, il est mentionné si le membre de l’équipe concerné faisait déjà partie en 2017 de l'équipe prévue dans le cadre de la convention nCPAP précédente. Elle est uniquement cochée si cela s'applique au membre de l'équipe concerné.

Dans la colonne **“A déjà suivi une des formations mentionnées en annexe 1 à la convention”**, il est mentionné si le membre de l’équipe concerné a suivi avec succès - si une évaluation est associée à la formation - une formation spécifique en matière de diagnostic et de traitement de troubles du sommeil (cf. les formations spécifiques mentionnées en annexe 1) :

* Si le membre de l'équipe concerné travaillait **déjà** en 2017 dans le domaine des troubles du sommeil dans le centre, il ne faut la compléter que si le membre de l’équipe a déjà suivi (avec succès) une formation au moment de l'introduction du formulaire d'informations. Ces membres de l'équipe ont encore jusqu'au 31/12/2019 pour terminer une telle formation.
* Si le membre de l'équipe **ne travaillait pas** en 2017 dans le domaine des troubles du sommeil dans le centre, le membre de l'équipe doit avoir suivi une telle formation pour pouvoir travailler dans votre centre en tant que médecin posant le diagnostic.

Si un membre de l'équipe a déjà suivi une formation spécifique, joignez les pièces justificatives nécessaires (*certificat de réussite de la formation*) en annexe à ce formulaire d'informations.

Dans la colonne **“Est le médecin responsable du centre”**, il est mentionné si le membre de l'équipe concerné assume la fonction de médecin responsable du centre (un médecin responsable par centre). Elle est uniquement cochée si cela s'applique au membre de l'équipe concerné.

**Par la présente, le(s) signataire(s) déclare(nt) que les données mentionnées dans ce formulaire d'informations sont correctes. Si des modifications devaient être apportées à l'avenir en ce qui concerne les noms des médecins posant un diagnostic, ces modifications doivent être communiquées immédiatement par écrit à l'INAMI.**

(nom, prénom, fonction et signature des signataires de la convention)