

**NOTIFICATION DU BESOIN DE PRISE EN CHARGE PAR DES SEANCES DE 60 MINUTES D'UN PATIENT PRESENTANT UNE INFIRMITE MOTRICE CEREBRALE OU UNE LESION CEREBRALE ACQUISE QUI A ATTEINT LE 21IEME ANNIVERSAIRE, COMME DECRIT A L'ARTICLE 7, §11 DE LA NOMENCLATURE DES SOINS DE SANTE**

Données d'identification du bénéficiaire

(compléter ou apposer une vignette O.A.)

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Date de naissance : .....

Numéro d'inscription O.A. : .....

Déclaration du kinésithérapeute

(Cocher la rubrique concernée, si le formulaire est établi par des moyens informatiques, seule la rubrique concernée doit être reproduite)

- INFORMATION CONCERNANT LE SCORE GMFCS OU LE CHANGEMENT DU SCORE GMFCS POUR LES PATIENTS QUI REPONDENT A LA CONDITION DU GROUPE CIBLE 1A (INFIRMITE MOTRICE CEREBRALE – IMC)**

Je soussigné(e), ....., kinésithérapeute,  
informe que

- le (la) bénéficiaire se situe au score GMFCS .....à son 21<sup>ième</sup> anniversaire
- le (la) bénéficiaire âgé(e) d'au moins 21 ans passe du score GMFCS ..... au score .....(Cocher la case concernée)

- MOTIVATION CONCERNANT LE BESOIN DE SEANCES DE 60 MINUTES – SEANCES POUR LES PATIENTS QUI REPONDENT A LA CONDITION DU GROUPE CIBLE 1B OU 2 (LESIONS CEREBRALES ACQUISES – LCA)**

- la LCA est survenue avant l'âge de 21 ans, mais le patient a dépassé le 21<sup>ième</sup> anniversaire
- la LCA est survenue après le 21<sup>ième</sup> anniversaire

Je soussigné(e), ....., kinésithérapeute,  
informe que le (la) bénéficiaire présente un bilan fonctionnel qui nécessite une prise en charge

intensive . Je garde dans mon dossier le rapport et le bilan fonctionnel circonstancié basé sur le modèle de la CIF.

**POURSUITE DU TRAITEMENT D'UN PATIENT REpondant AU CONDITIONS DU GROUPE CIBLE 1 (IMC) OU LE CIBLE 1B OU 2 (LCA) AU MOYEN DE 50 SEANCES 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 OU 561304 COMPLEMENTAIRES.**

Je, soussigné(e), ..... kinésithérapeute,

déclare que je poursuis / j'ai poursuivi\* en date du .....,  
le traitement de la situation pathologique reprise ci-dessus. (Biffer la mention inutile)

J'ai pris connaissance des conditions d'attestation pour les prestations de ces 50 séances complémentaires décrites à l'art. 7, §11 de la nomenclature des prestations de santé.

Je garde dans mon dossier le rapport rédigé par le médecin spécialiste traitant motivant les 50 prestations complémentaires.

Date & Signature

Identification du kinésithérapeute  
(nom, adresse et numéro d'identification ou cachet)

Cachet du kinésithérapeute

