

, le / /

ATTESTATION

Je soussigné, Dr , certifie que
Mme/Mr
habitant à

présente actuellement tous les signes cliniques d'une encephalopathie a Sars cov 2 (Long covid)

A ce titre un trajet de soins Long covid a été introduit par son médecin traitant

Demande d'analyse de laboratoire

Concerne _____

Date de naissance: _____

Niss: _____

Mutuelle : Statut : /

Date : Copie au médecin traitant

<input checked="" type="checkbox"/> Hémoglobine <input checked="" type="checkbox"/> Globules rouges /Hématocrite <input checked="" type="checkbox"/> Globules Blancs <input checked="" type="checkbox"/> Formule leucocytaire <input checked="" type="checkbox"/> Plaquettes <input checked="" type="checkbox"/> Fer sérique <input checked="" type="checkbox"/> Ferritine <input checked="" type="checkbox"/> Glycémie <input checked="" type="checkbox"/> HbA1c <input checked="" type="checkbox"/> Créatinine <input checked="" type="checkbox"/> Acide urique <input checked="" type="checkbox"/> Bilirubine totale + directe <input checked="" type="checkbox"/> C.R.P. <input checked="" type="checkbox"/> TGO <input checked="" type="checkbox"/> TGP <input checked="" type="checkbox"/> Gamma GT <input checked="" type="checkbox"/> Phosphatases alcalines <input checked="" type="checkbox"/> TSH <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinogene	<input checked="" type="checkbox"/> Taux de prothrombine <input checked="" type="checkbox"/> Temps céphaline activée <input checked="" type="checkbox"/> D-Dimeres <input checked="" type="checkbox"/> Ac anti bêta 2 glycoprot <input checked="" type="checkbox"/> anticoagulant lupique <input checked="" type="checkbox"/> anticorps anticardiolipine [IgG]et IgM) <input checked="" type="checkbox"/> Facteur VIII <input checked="" type="checkbox"/> Ag von willebrand <input checked="" type="checkbox"/> EBVvca igg <input checked="" type="checkbox"/> VZV(igg et igm) <input checked="" type="checkbox"/> Herpès zoster igg <input checked="" type="checkbox"/> Covid ig Urine ; usuel et microalbuminurie
---	--

Dr _____

Dr

Service de medecine nucleaire

Concerne :

,

Date de naissance:

Niss:

Mutuelle : Statut : /

, le

Cher confrere,

Examen proposé ; **Scintigraphie cérébrale au technetium**

Informations cliniques pertinentes; clinique de Long covid severe

Explication de la demande de diagnostic; mettre en évidence de zone hétérogènes ou de zones d'hypofixation cerebrales par endothelite vasculaire

Informations supplémentaires pertinente

Allergie Diabète Insuffisance rénale Grossesse Implant Autres:

Examen(s) pertinent(s) précédent(s) relatif(s) à la demande de diagnostic

CT RMN RX Echographie Autres: Inconnu

Confraternellement

,



Dr _____

Neuropsychologue

à
Tel:

Concerne : ' _____
,

Date de naissance: _____

Niss: _____

Mutuelle : Statut : / _____

Charleroi, le _____

Madame, Monsieur

Pourriez-vous prendre en traitement Mme/Mr TEST né(e) le 01/01/2000 pour la raison suivante :

Syndrome post Covid aigu (Long Covid)

400514 Examen neuropsychologique en deuxième ligne avec évaluation des fonctions cognitives chez un patient atteint du post-COVID-19 et chez qui un dysfonctionnement cérébral non congénital est suspecté, d'une durée minimale de 120 minutes, avec rapport écrit

400536 Intervention neuropsychologique individuelle en deuxième ligne pour le bénéficiaire d'une durée minimale de 60 minutes 10 séances sur l'année (peut également être dispensée à distance).

La prestation 400536 ne peut être portée en compte qu'après qu'une concertation multidisciplinaire à propos du patient ait eu lieu. Merci de me contacter à cet effet.

Cordialement _____

Dr



Dr _____

DIETETIQUE

à
Tel:

Concerne :

,

Date de naissance: /

Niss:

Mutuelle : Statut : /

le

Chère consœur, cher confrère,

Pourriez-vous examiner Mme/Mr TEST né(e) le 01/01/2000 pour la raison suivante :

Syndrome post Covid aigu (Long Covid)

Examen diététique individuel, anamnèse, établissement d'un diagnostic diététique et élaboration d'un plan de traitement diététique et de conseils en concertation avec le bénéficiaire, d'une durée minimale de 60 minutes. Facturer sous le code 400050

SUIVI DE

Intervention diététique individuelle, pour le bénéficiaire, d'une durée minimale de 30 minutes. Facturer sous le code 400116

Règles d'application

La prestation 400050 ne peut être portée en compte qu'une seule fois.

La prestation 400116 peut être portée en compte 7 fois au cours d'une année de traitement.

La prestation 400116 peut également être dispensée à distance.

Le nombre de prestations est valable pour une année de traitement.

Cordialement Dr



Dr _____

KINE

à
Tel:

Concerne :

,

Date de naissance:

Niss:

Mutuelle : Statut : /

, le

Chère consœur, cher confrère,

Pourriez-vous examiner Mme/Mr TEST né(e) le 01/01/2000 pour la raison suivante
30 séances de revalidation globale dans le cadre d'un syndrome de Long Covid
evaluer les possibilités du patient et ne jamais dépasser ses limites
400330 Traitement par un kinésithérapeute dans le cadre du trajet de soins post-COVID-19 a mentionner sur
la première attestation
400035 Évaluation et/ou intervention kinésithérapeutique individuelle, dans laquelle l'intervention personnelle
du kinésithérapeute par bénéficiaire a une durée moyenne
globale de 30 minutes.

Règles d'application

La prestation 400035 peut être portée en compte au maximum 30 fois par période de 6 mois. Cette
prestation peut être portée en compte au maximum 60 fois au
cours d'une année de traitement qui commence avec la première séance de cette prestation spécifique de
kinésithérapie

Cordialement

Madame, Monsieur
Ergotherapeute

à
Tel:

le

Chère consœur, cher confrère,
Pourriez-vous examiner Mme/Mr
.....é(e) le

pour la raison suivante :

Syndrome post covid (Long covid)

Bilan d'observation d'une durée minimale de 60 minutes qui consiste en un examen des possibilités et des limites fonctionnelles du bénéficiaire, effectué par un ergothérapeute dans le cadre des soins secondaires, pour le traitement dans le cadre du trajet de soins post-COVID-19 :

- dans les activités de la vie quotidienne (comme les soins personnels, l'alimentation, les relations interpersonnelles, les déplacements) ;
- concernant ses activités personnelles, scolaires, professionnelles, socioculturelles et de loisirs
- aux niveaux physique, sensorimoteur, intellectuel et relationnel, ainsi que comportemental
- dans son environnement physique, social et culturel ;
- et aboutissant à l'établissement d'un rapport écrit des examens effectués, adressé au médecin prescripteur.

a facturer a l'INAMi sous le numero 400470

Ensuite

Intervention ergothérapeutique individuelle pour le bénéficiaire d'une durée minimale de 60 minutes, effectuée par un ergothérapeute dans le cadre des soins secondaires, pour le traitement dans le cadre du trajet de soins post- COVID-19. Cette prestation peut être portée en compte 14 fois au cours d'une année. La prestation peut être portée en compte au maximum deux fois par jour.

a facturer a l'INAMi sous le numero 400492 Cordialement,

Dr



Dr _____

LOGOPEDIE

à
Tel:

Concerne :

,

Date de naissance: /

Niss:

Mutuelle : Statut : /

le

Chère consœur, cher confrère,

Pourriez-vous établir un bilan et prendre en traitement Mme/Mr TEST né(e) le 01/01/2000 pour la raison suivante :

Syndrome post Covid aigu (Long Covid)

400094 Examen logopédique individuel, anamnèse, établissement d'un diagnostic logopédique et élaboration d'un plan de traitement et de conseils en concertation avec le bénéficiaire, d'une durée minimale de 60 minutes, pour le traitement dans le cadre du trajet de soins post-COVID-19..

400153 Intervention logopédique individuelle pour le bénéficiaire d'une durée minimale de 30 minutes, pour le traitement dans le cadre du trajet de soins post-COVID-19..

Règles d'application

La prestation 400094 ne peut être portée en compte qu'une seule fois.

La prestation 400153 peut être portée en compte 7 fois au cours d'une année.

La prestation 400153 peut également être dispensée à distance.

Le nombre de prestations est valable pour une année de traitement.

Dr