



**Attention : Nous vous envoyons un formulaire personnalisé avec un code barre lié à la demande de votre patient. Vous ne pouvez donc pas utiliser le formulaire à titre d'exemple sur notre site web.**

**Plus d'information :** <http://handicap.belgium.be/fr/pour-professionnels/medecins.htm>

# Rapport médical en vue de l'évaluation d'un handicap

## DONNÉES ADMINISTRATIVES

Données du patient	
Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Nr de registre national	
Numéro de référence	
Genre	
Rue	
Commune	

Médecin traitant	
Nom	
Prénom	



Based on RNN n° & application case

Téléphone	
Portable	
Nr. INAMI	
Email	

SPECIMEN



.be

## INFORMATIONS MÉDICALES

### Traitement prioritaire du dossier dans les cas suivants

- Cancer à un stade avancé
- Soins palliatifs au stade terminal
- Affection dégénérative évoluant rapidement
- Problème social sévère, si oui, précisez?

### Diagnostic actif

Date de début	Diagnostic	Accident de travail	Important
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques concernant les diagnostics actifs :

---

---

---

---

---

### Diagnostics passifs ou antécédents

Date de début	Diagnostic	Accident de travail	Important
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Based on RNN n° & application case

Remarques concernant les diagnostics passifs :

---

---

---

---

---

**Médication actuelle**

Date de début	Médication

**Thérapies actuelles (chirurgie, rééducations...)**

Date de début	Thérapies	Rééducation et < 21 ans (si oui, donnez le nom du rééducateur, la fréquence, et le lieu de la rééducation)	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	



**Thérapies antérieures**

Date de début	Thérapies	Rééducation et <21 ans (si oui, donnez le nom du rééducateur, la fréquence, et le lieu de la rééducation)	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	

**Autres traitements**

---

---

---

---

---

**Paramètres éventuels et pertinents (poids, ...)**

Date de début	Paramètre (unité)	Valeur	Action



### Remarques supplémentaires

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### **RAPPORTS MÉDICAUX**

Merci d'ajouter des rapports médicaux récents et pertinents comme :

- rapports d'hospitalisations, rapports de spécialistes ;
- EFR, EMG, fonction cardiaque, protocoles de Radios, scan, RMN...
- rapports de rééducation, échelle de Katz, MMS...
- ...



Based on RNN n° & application case

.be