

---

## Annexe 6

### NOTIFICATION DE SOINS INFIRMIERS POUR UN PATIENT PALLIATIF

---

*Identification du bénéficiaire*

Nom et prénom: .....

Adresse: .....

Date de naissance: .....

N° d'inscription O.A.: .....

Je soussigné(e): ..... inscrit(e)

sur la liste des praticiens de l'art infirmier de l'INAMI sous le n° ..... donne  
connaissance au médecin-conseil qu'il/elle commence les soins palliatifs chez le bénéficiaire en date du .....

J'ai pris connaissance des conditions d'attestation de ces soins et particulièrement de l'article 8, § 5bis de la  
nomenclature des prestations de santé.

*Identification du praticien responsable du groupe de praticiens qui assureront la prise en charge permanente (si le  
groupe dispose d'un n° tiers payant, l'indiquer également):*

<u>Nom et prénom du (de la) responsable du groupe</u>	<u>n° INAMI</u>	<u>N° tiers payant</u>
---	-----------------	------------------------

.....	.....	.....
-------	-------	-------

*Identification du médecin traitant:*

Nom et prénom: ..... n° INAMI: .....

*Identification du praticien de l'art infirmier de référence avec connaissance en matière de soins palliatifs ou de l'équipe  
agrée d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs:*

Nom et prénom: ..... n° INAMI: .....

ou

Nom de l'équipe: ..... n° d'identification: .....

Le praticien de l'art infirmier,  
(date, nom et signature)