

NOTIFICATION DE SOINS INFIRMIERS POUR UN PATIENT PALLIATIF

Identification du bénéficiaire

Nom et prénom:

Adresse:

Date de naissance:.....

N° de sécurité sociale (NISS) :

N° d'inscription O.A. (uniquement pour les patients sans NISS):

N° d'identification de l'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 agréée 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)