**MONITORING CARDIORESPIRATOIRE À DOMICILE DE NOUVEAU-NÉS ET DE NOURRISSONS**

**NOTIFICATION AU MÉDECIN-CONSEIL**

**Données d’identification du bénéficiaire** (= données d’identification du nouveau-né ou du nourrisson qui entre en ligne de compte pour un monitoring cardiorespiratoire à domicile)

*Complétez les données ci-dessous ou apposez ci-dessous une vignette de l’organisme assureur (mutualité) :*

Nom et prénom : ………………………………………………………………………………………...

|  |  |
| --- | --- |
| Numéro d’identification à la sécurité sociale belge | ……………………………………….. |
| (NISS ou numéro de Registre national) |

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : …. /…. / ……..

**Données d’identification de l’hôpital ayant conclu une convention relative au monitoring cardiorespiratoire à domicile de nouveau-nés et de nourrissons avec l’INAMI**

Nom et adresse de l’hôpital :

Numéro d’identification INAMI de la convention :

**Déclaration et signature d’un ou des deux parents du bénéficiaire**

Par la présente, je déclare être disposé à placer mon enfant sous surveillance cardiorespiratoire à domicile. Je m’engage, à cette fin, à prendre moi-même les dispositions nécessaires à mon domicile comme me l’a indiqué l’hôpital.

Je suis conscient que le pédiatre traitant de l’hôpital mentionné ci-dessus est seul habilité à apprécier le temps nécessaire durant lequel mon enfant doit être placé sous surveillance cardiorespiratoire à domicile. Je suis également informé du fait que ce pédiatre traitant peut - à tout moment - mettre fin à la surveillance cardiorespiratoire, s’il estime que la poursuite de celle-ci n’est plus nécessaire.

Je suis également informé que l’organisme assureur (= mutualité) de mon enfant peut uniquement intervenir dans le monitoring cardiorespiratoire de mon enfant, si mon enfant répond à certaines conditions et que l’assurance ne peut intervenir dans le coût du monitoring cardiorespiratoire à domicile de mon enfant que pour un seul hôpital. Si, ultérieurement, je fais appel à un autre hôpital qui se charge du monitoring cardiorespiratoire de mon enfant, l’assurance ne pourra donc plus intervenir et cet hôpital peut alors me facturer les frais du monitoring cardiorespiratoire à domicile.

Nom et signature d’un ou des deux parents *(ou d’un tiers qui s’est vu confier la surveillance effective de l’enfant et qui se présente avec l’enfant à l’établissement. Veuillez alors également préciser la position de ce tiers par rapport à l’enfant : grand-parent, tuteur légal, etc.)*

Date de signature (JJ/MM/AAAA) : …. /…. / ……..

**PRESCRIPTION DU PÉDIATRE DE L’HÔPITAL**

Le soussigné, pédiatre, déclare que l’enfant (dont l’identité est mentionnée à la page 1 du présent formulaire) répond à toutes les conditions de la convention relative au monitoring cardiorespiratoire à domicile de nouveau-nés et de nourrissons et qu’il fait partie de la catégorie suivante de bénéficiaires, telle qu’elle est décrite aux articles 3 et 4 de la convention :

[ ]  Catégorie 1 : prématurés qui ont eu besoin d’une surveillance cardiorespiratoire jusqu’à leur sortie du Service de néonatalogie :

[ ]  et qui sont nés après une grossesse de maximum 30 semaines et 6 jours (*en se basant sur la date de début de la dernière menstruation*) :

l’enfant est né après une grossesse de …… semaines et ……jours.

[ ]  et/ou qui sont nés avec avec un poids à la naissance de maximum 1.500 grammes : poids à la naissance = ….. grammes

[ ]  Catégorie 2 : maladie ou affections dont souffre l’enfant :

[ ] Une affection médicale qui a conduit à une trachéostomie et/ou une forme d’assistance chronique des voies respiratoires à domicile (à préciser) : ………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………....

[ ]  Dysplasie broncho-pulmonaire

[ ]  Malformation d’Arnold Chiari

[ ]  Une affection maxillo-faciale qui entraine des obstructions de la respiration (à préciser) :

……………………………………………………………………………………………………….

[ ]  Trisomie 21ou autre anomalie génétique ou congénitale entrainant un rétrécissement des voies respiratoires supérieures (à préciser) : …………………………………………………………………….

[ ]  Affection neuromusculaire (à préciser) : ………………………………………………………………..

[ ]  Achondrodysplasie

[ ]  Syndrome de Prader-Willi

[ ]  Mucopolysaccharidose

[ ]  Laryngomalacie symptomatique

[ ]  Trachéomalacie symptomatique

[ ]  Syndrome d’hypoventilation centrale

[ ]  Stridor ou ronflement sévère avec signes cliniques d’obstructions respiratoires graves sans anomalie syndromique

[ ]  Catégorie 3 : prématurés nés après une grossesse de minimum 31 semaines et maximum 36 semaines et 6 jours (*en se basant sur la date de début de la dernière menstruation*) chez qui, au cours des 10 derniers jours qui ont précédé la sortie de l’hôpital, des apnées de minimum 21 secondes et/ou des bradycardies de maximum 59 par minutes se sont produites. Ces apnées et/ou bradycardies doivent avoir êté notées dans le dossier clinique de l’enfant.

L’enfant est né après une grossesse de ….. semaines et ….. jours

[ ]  Catégorie 4 : nouveau-né ou nourrisson qui a présenté une forme grave de « ALTE », pour laquelle il a immédiatement été examiné dans un hôpital et pour laquelle aucune cause médicale (qui pourrait être traitée) n’a pu être trouvée.

Date à laquelle le ALTE s’est produit (JJ/MM/AAAA) : …. /…. / ……..

|  |
| --- |
| Si l’enfant fait partie de la catégorie 2 ou 3 : résultats de la polysomnographie (seuls les paramètres qui démontrent que l’enfant répond aux conditions de la convention doivent être complétés) :[ ]  Durée de l’apnée centrale la plus longue : …. secondes[ ]  SaO2 = …. %[ ]  Présence d’une bradycardie importante : rythme cardiaque = … par minute[ ]  Nombre d’apnées obstructives de minimum 4 secondes chacune : ……Date de la polysomnographie (JJ/MM/AAAA) : …. /…. / ……..Les résultats de la polysomnographie doivent être annexés. |

|  |
| --- |
| Si l’enfant a subi une forme grave de « ALTE » :*Cochez quelle situation s’applique (et complétez si demandé) :*[ ]  Le nouveau-né ou le nourrisson a présenté un ALTE pour lequel un transport d’urgence en ambulance vers un hôpital s’est avéré nécessaire ;[ ]  Le nouveau-né ou le nourrisson, à son arrivée à l’hôpital à la suite de son ALTE, a dû être admis immédiatement au service des soins intensifs de l’hôpital ; [ ] Pendant l’observation à l’hôpital après qu’un ALTE se soit déclaré, un incident grave documenté s’est produit. Expliquez : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………[ ]  Il s’agit d’un ALTE chez un nouveau-né ou nourrisson qui est né après une grossesse de maximum 36 semaines et 6 jours (*en se basant sur la date de début de la dernière menstruation*) ;L’enfant est né après une grossesse de ….. semaines et ….. jours[ ]  Après qu’un ALTE se soit produit, le nouveau-né ou le nourrisson présente une hypoxie grave ou acidose grave à son arrivée à l’hôpital ;***ou*** *mentionnez les paramètres pertinents de l’examen polysomnographique exigé dans le cadre de la mise au point médicale complète réalisée dans un hôpital immédiatement après l’ALTE et qui est exigé avant que le nouveau-né ou le nourrisson ne quitte l’hôpital dans lequel il a été examiné après l’ALTE et ne retourne à la maison. (Paramètres pertinents = paramètres qui démontrent que l’enfant répond aux conditions de la convention) :*[ ]  Nombre d’apnées obstructives ou mixtes de chacune 6 secondes minimum : …[ ]  Présence d’une bradycardie importante : rythme cardiaque = … par minute[ ]  SaO2 = …. %Date de la polysomnographie (JJ/MM/AAAA) : …. /…. / ……..S’il a été procédé au monitoring cardiorespiratoire à domicile sur la base des résultats d’une polysomnographie, il convient d’annexer les résultats de cet examen. |

Date de début du monitoring cardiorespiratoire à domicile (JJ/MM/AAAA) : …. /…. / ……..

Nom, numéro d’identification INAMI et signature du pédiatre prescripteur de l’hôpital ayant conclu une convention relative au monitoring cardiorespiratoire à domicile de nouveau-nés et de nourrissons avec l’INAMI:

Date de signature (JJ/MM/AAAA) : …. /…. / ……..