

# CONTRAT TRAJET DE SOINS INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

Vignette mutuelle du patient

## ENGAGEMENTS DU PATIENT

### NOM DU PATIENT .....

- Mon médecin généraliste, à qui je demande de transmettre cette demande au médecin-conseil de ma mutualité, m'a expliqué aujourd'hui les conditions du trajet de soins insuffisance rénale chronique ;
- J'ai été informé(e) par mon médecin généraliste que les bénéfices et la réussite du trajet de soins dépendent de ma participation active au plan de suivi. Je m'engage à cette fin à définir avec mon médecin généraliste l'organisation pratique de ce suivi optimal;
- Mon médecin généraliste et moi-même avons parlé des objectifs du traitement et de la façon de les atteindre en nous basant sur les informations décrites en page 2 du présent contrat ;
- Mon médecin généraliste m'a communiqué qu'il/elle à transmettre à Sciensano les données codées me concernant qui se rapportent à l'âge, au sexe, au diagnostic rénal, à la tension artérielle, et aux résultats de certains examens sanguins: (hémoglobine, créatinine, e-GFR,), à des fins d'évaluation scientifique et dans le respect des dispositions réglementaires relatives à la vie privée.

Date et signature

Je demande à mon médecin généraliste, signataire du présent contrat, de gérer mon dossier médical global : il/elle doit à cette fin en attester les honoraires dans l'année qui suit le début du trajet de soins.

## ENGAGEMENTS DU NEPHROLOGUE / DE L'INTERNISTE

J'accepte de participer au trajet de soins de ce patient, qui appartient au groupe cible <sup>1</sup>, et plus précisément :

- d'encadrer, d'un commun accord avec lui, le médecin généraliste lors de l'élaboration, de l'évaluation et de l'adaptation d'un plan de suivi individuel pour le patient présentant une insuffisance rénale chronique; ce plan comprend des objectifs, un suivi planifié, des consultations médicales, des interventions paramédicales et des examens techniques ;
- de transmettre les rapports de mes consultations et examens techniques au médecin généraliste ;
- d'entretenir, avec le médecin généraliste, une communication efficace, soit à la demande du médecin généraliste, soit à l'occasion d'une transmission des paramètres cliniques ou biologiques.

Nom + Cachet

Date et signature

Numéro de compte en banque pour le paiement des honoraires du trajet de soins

médecin spécialiste : titulaire :

numéro de compte:  
numéro BCE

ou

hôpital :

numéro de compte:  
numéro BCE:

## ENGAGEMENTS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

J'accepte de participer au trajet de soins de ce patient, qui appartient au groupe cible <sup>1</sup>, et plus précisément :

- d'élaborer, d'évaluer et d'adapter, d'un commun accord avec le néphrologue, un plan de suivi individuel qui comprend des objectifs, un suivi planifié, des consultations médicales, des interventions paramédicales et des examens techniques pour le patient présentant une insuffisance rénale chronique;
- de transmettre au médecin spécialiste mes observations et les résultats d'exams utiles au suivi du patient
- d'utiliser le dossier médical du patient ;
- de transmettre copie du présent contrat dûment complété au médecin-conseil.

Nom + Cachet

Date et signature

Numéro de compte en banque pour le paiement des honoraires du trajet de soins

- médecin généraliste : titulaire :

numéro de compte:  
numéro BCE (ev) :

## MÉDECIN-CONSEIL DE LA MUTUALITE

Je confirme réception du présent contrat conformément à la réglementation portant sur le trajet de soins applicable à partir du (date de réception conformément à la demande)..... jusqu'au.....

Nom + Cachet

Date et signature

<sup>1</sup> Critères d'inclusion pour un trajet de soins insuffisance rénale chronique:

- Avoir une insuffisance rénale chronique définie par
  - o une vitesse de filtration glomérulaire calculée  $<45\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$  selon la formule MDRD simplifiée confirmée au moins 2 x avec un intervalle d'au moins 3 mois
- et/ou
  - o une protéinurie de  $>1\text{g}/\text{jour}$  confirmée au moins 2 x avec un intervalle d'au moins 3 mois
- être âgé de plus de 18 ans
- ne pas être en dialyse ni transplanté
- être capable d'un follow up ambulatoire, c.à.d. consulter le néphrologue/interniste dans son cabinet de consultation

# CONTRAT TRAJET DE SOINS INSUFFISANCE RENALE (page2)

## INFORMATION SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

### OBJECTIF GENERAL

Une bonne prise en charge de votre maladie rénale vous garantit une vie plus saine et plus longue. Cette prise en charge peut fortement ralentir l'évolution de votre maladie. Elle permet également de maintenir le plus longtemps possible un fonctionnement « correct » de vos reins et diminue votre risque de maladie cardio-vasculaire.

### VOS OBJECTIFS PERSONNELS

Vos objectifs personnels vous guident dans la prise en charge de votre maladie rénale. En concertation avec votre médecin généraliste, vous établissez, pour votre trajet de soins, un plan de suivi concret qui repose sur les objectifs suivants :

- Avoir un mode de vie sain:
  - bouger régulièrement
  - arrêter de fumer
  - manger sainement
  - perdre du poids si nécessaire
  - ne pas utiliser de médicaments (p.ex: antidouleurs) sans avis de votre médecin: ils peuvent être nocifs pour vos reins
  
- Suivre et, si nécessaire, traiter avec des médicaments :
  - votre glycémie (glucose dans le sang)
  - votre tension artérielle
  - votre cholestérol et graisses dans le sang
  - votre protéinurie: albumine dans l'urine
  - votre anémie
  - l'état de vos os et articulations
  - votre tabagisme: arrêter de fumer
  - un régime adapté avec l'aide d'un diététicien expérimenté
  - prendre les médicaments nécessaires comme prescrits
  
- Un examen sanguin  
Votre spécialiste et votre généraliste déterminent la fréquence des ces examens sanguins.
  
- Un examen de contrôle: dépistage des complications au niveau d'autres organes
  
- Vaccinations contre la grippe, l'hépatite et le pneumocoque