

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2006 — 3342

[C — 2006/22878]

24 JULI 2006. — Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering,

Gelet op de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 6, § 1, 1°, artikel 15, § 4 en artikel 16, § 3;

Gelet op het voorstel van de Technische Geneeskundige Raad, geformuleerd op 30 mei 2006;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 24 juli 2006,

Besluit :

Artikel 1. De bijlage 55 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt vervangen door de bijlage 55 die bij deze verordening gaat.

Art. 2. Deze verordening treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Brussel, 24 juli 2006.

De Leidend Ambtenaar,

H. DE RIDDER.

De Voorzitter,

D. SAUER.

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2006 — 3342

[C — 2006/22878]

24 JUILLET 2006. — Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

Vu le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 6, § 1^{er}, 1°, l'article 15, § 4 et l'article 16, § 3;

Vu la proposition du Conseil technique médical, formulée le 30 mai 2006;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 24 juillet 2006,

Arrête :

Article 1^{er}. L'annexe 55 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est remplacée par l'annexe 55 ci-jointe.

Art. 2. Le présent règlement entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au *Moniteur belge*.

Bruxelles, le 24 juillet 2006.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. DE RIDDER.

Le Président,

D. SAUER

Bijlage 55

KANKERREGISTRATIEFORMULIER VOOR EEN NIEUWE DIAGNOSE

Patiënt : Geb.datum :
 Nationaal nr./Zickenfondsnr.: Geslacht :

1. INCIDENTIEDATUM (DD-MM-YYYY)
 volgorde afnemende prioriteit : 1=eerste hist/cyto bevestiging, 2=klin.evaluatie/opname ziekenhuis, 3=overlijden
2. BASIS VOOR DIAGNOSE (omcirkelen, meerdere items aan te duiden):
 1 = autopsie (niet van toepassing bij MOC) 5 = technisch (bv. RX, endoscopie, ...)
 2 = histologie primaire tumor 6 = klinisch
 3 = histologie metastase 7 = tumormerker (bv. PSA, HCG, AFP, Ig, ...)
 4 = cytologie/hematologie 9 = onbekend
3. WHO-SCORE BIJ DIAGNOSE (omcirkelen)
 0 = asymptomatisch, normale activiteit 3 = symptomatisch, bedlegerig >50% per dag
 1 = symptomatisch, maar ambuland 4 = aangewezen op volledige verzorging, 100% bedlegerig
 2 = symptomatisch, bedlegerig <50% per dag
4. PRIMAIRE TUMORLOKALISATIE (invullen)
5. LATERALITEIT bij pare organen (omcirkelen) 1.links 2.rechts 3.onbekend
6. HISTOLOGISCHE DIAGNOSE (invullen):
7. DIFFERENTIATIEGRAAD (omcirkelen): 1=goed 2=matig 3=weinig 4=ongediff/anapl 9=onbekend
8. KLINISCHE TNM (UICC 2002) : cT cN cM
9. PATHOLOGISCHE TNM (UICC 2002): pT pN pM
10. ANDERE CLASSIFICATIE (omcirkelen)
 1.Ann Arbor, [2], 3.Figo, 4.Salmon Dury, 5.Clark, 6.Breslow, andere (invullen):.....

Stadium (invullen):.....

11. DATUM START EERSTE BEHANDELING (DD-MM-YYYY):
12. REEDS UITGEVOERDE BEHANDELINGEN:
 chronologisch invullen vanaf datum eerste behandeling

--	--	--	--	--	--

- | | | |
|--|---------------------------|-----------------------|
| 10:heelkunde | 15:beenmergtransplantatie | 70: symptomatisch |
| 20:externe radiotherapie/curietherapie | 30:isotopen | 90:geen therapie |
| 25:concomitant chemoradiotherapie | 50:hormonale therapie | 95:weigering therapie |
| 40:chemotherapie | 60:immunotherapie | 99:onbekend |
- 80:andere vorm van behandeling (invullen):.....

13. VERDER BEHANDELINGSPLAN (intentie tot)
 codes chronologisch invullen zie punt 12

14. REDEN MOC (aankruisen)
 - patiënt met een nieuwe diagnose van kanker
 - voorafgaand aan een oncologische behandeling die afwijkt van de geschreven en door het oncologisch centrum aanvaarde richtlijnen
 - voorafgaand aan een herhaling van een bestralingsreeks van éénzelfde doelgebied binnen de twaalf maanden, te rekenen vanaf de aanvangsdatum van de eerste bestralingsreeks
 - voorafgaand aan een chemotherapeutische behandeling met een geneesmiddel dat in een eerste fase van verzekerings-tegemoetkoming door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen werd aangeduid voor monitoring via het multidisciplinair oncologisch consult
 - andere (invullen):.....

ARTS COÖRDINATOR (stempel)
 Dr.:RIZIV-nr.:.....
 Instelling:
 Datum:

Bijlage 55 (vervolg)**MULTIDISCIPLINAIR ONCOLOGISCH CONSULT**

Patiënt:

Nationaal nr. / Ziekenfondsnr. :

Aanvrager MOC :

RIZIV-id.nr.:

Coördinator MOC :

RIZIV-id.nr.:

Deelnemers MOC: 1)

RIZIV-id.nr.:

2)

RIZIV-id.nr.:

3)

RIZIV-id.nr.:

(Extramuros) 4)

RIZIV-id.nr.:

Ondergetekende bevestigt als coördinator van het multidisciplinair oncologisch consult dat de bepalingen van de verstrekking nr. 350372-350383 werden nageleefd en het aangehechte registratieformulier werd ingevuld.

Instelling :

Datum MOC :

Handtekening coördinator :

.....

.....

.....

Bijlage 55 (vervolg)

KANKERREGISTRATIEFORMULIER VOOR HET REGISTREREN VAN FOLLOW-UP

Patiënt : Geb.datum :

Nationaal nr./Ziekenfondsnr.: Geslacht :

I) GEGEVENS OVER DE PRIMAIRE TUMOR

PRIMAIRE TUMORLOKALISATIE (invullen):

.....

HISTOLOGIE VAN DE PRIMAIRE TUMOR (invullen):

.....

INCIDENTIEDATUM (DD-MM-YYYY):..... (het jaar is voldoende indien niet te traceren).

volgorde afnemende prioriteit : 1=eerste hist/cyto bevestiging 2=klin.evaluatie/opname ziekenhuis

ZIEKTEVRIJ INTERVAL? (omcirkelen): JA NEEN

DATUM EERSTE RECIDIEF (indien ziekte vrij interval) (DD-MM-YYYY):

volgorde afnemende prioriteit : 1= hist/cyto bevestiging 2= opname ziekenhuis/klinische evaluatie

(omcirkelen, meerdere items mogelijk) lokaal regionaal metastasen

II) BEHANDELINGSPLAN IN HET KADER VAN HET HUIDIG PROBLEEM (intentie tot)

Chronologisch invullen

- | | | |
|---|---------------------------|----------------------|
| 10:heelkunde | 15:beenmergtransplantatie | 70:symptomatisch |
| 20:externe radiotherapie/curietherapie | 30:isotopen | 90:geen therapie |
| 25:concomitant chemoradiotherapie | 50:hormonale therapie | 95:weigeren therapie |
| 40:chemotherapie | 60:immunotherapie | |
| 80: andere vorm van behandeling: (invullen) | | |

--	--	--	--	--	--

III) REDEN MOC (omcirkelen)

- behandeling van een patiënt met een recidief
- behandeling van een patiënt met een progressieve ziekte
- voorafgaand aan elke oncologische behandeling die afwijkt van de geschreven en door het oncologisch centrum aanvaarde richtlijnen
- aan een herhaling van een bestralingsreeks van éénzelfde doelgebied binnen de twaalf maanden, te rekenen vanaf de aanvangsdatum van de eerste bestralingsreeks
- aan elke chemotherapeutische behandeling met een geneesmiddel dat in een eerste fase van verzekerings-tegemoetkoming door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen werd aangeduid voor monitoring via het multidisciplinair oncologisch consult
- andere (invullen):.....

ARTS COÖRDINATOR (stempel)

Dr.: RIZIV-nr.:.....

Instelling:

Datum:

Annexe 55

FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT DU CANCER : NOUVEAU DIAGNOSTIC

Patient : Date de naissance :
 N° national/ N° organisme assureur : Sexe:

1. DATE D'INCIDENCE (JJ-MM-AAAA).....
 ordre de priorité décroissante: 1=première confirmation histo/cyto,2= évaluation clinique/hospitalisation, 3= décès
2. MOYEN DE DIAGNOSTIC (entourer, plusieurs items sont permis):
 1 = autopsie (pas d'application pour la CMO) 5 = examen technique (ex. RX,endoscopie,...)
 2 = histologie tumeur primitive 6 = examen clinique
 3 = histologie métastase 7 = marqueur tumoral (ex. PSA, HCG, AFP, Ig, ...)
 4 = cytologie / hématologie 9 = inconnu
3. SCORE OMS DU DIAGNOSTIC (entourer)
 0 = Asymptomatique, activité normale 3 = Symptomatique, alité >50% de la journée
 1 = Symptomatique, mais ambulant 4 = Complètement dépendant pour les soins, grabataire
 2 = Symptomatique, alité <50% de la journée
4. LOCALISATION DE LA TUMEUR PRIMITIVE (remplir) :
5. LATERALITE uniquement pour organes paires (entourer) : 1. gauche 2. droite 3. inconnu
6. DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE (remplir):
7. DEGRE DE DIFFERENCIATION (entourer): 1 = bien 2 = moyen 3 = peu 4 = indiff/anapl 9 = inconnu
8. TNM CLINIQUE (UICC 2002): cT..... cN..... cM.....
9. TNM PATHOLOGIQUE (UICC 2002): pT..... pN..... pM.....
10. AUTRES TYPES DE STADE CLINIQUE (entourer)
 1. Ann Arbor , [2], 3. Figo, 4. Salmon Dury, 5. Clark , 6. Breslow, autre (remplir):.....
 Stade (remplir):
11. DATE DEBUT DU PREMIER TRAITEMENT (JJ-MM-AAAA):
12. TRAITEMENTS DEJA RECUS:
 remplir chronologiquement à partir de la date du premier traitement

--	--	--	--	--	--

 - 10: chirurgie 15: greffe moelle osseuse 70: symptomatique
 - 20: radiothérapie externe/curiathérapie 30: isotopes 90: pas de thérapie
 - 25: chimioradiothérapie concomitante 50: hormonothérapie 95: refus thérapie
 - 40: chimiothérapie 60: immunothérapie 99: inconnu
 - 80: autre forme de traitement (remplir):.....
13. PLAN DE TRAITEMENT ULTERIEUR (intention)

--	--	--	--	--	--

 remplir les codes chronologiquement, voir point 12
14. JUSTIFICATION DE LA COM (indiquer)
 - prise en charge d'un patient avec un nouveau diagnostic de cancer
 - traitement oncologique qui s'écarte des lignes directrices écrites acceptés par le centre oncologique
 - répétition d'une série d'irradiations d'une même région cible dans les douze mois, à compter de la date du début de la première série d'irradiations
 - chimiothérapie par un médicament qui, dans une première phase de remboursement, a été désigné par la Commission de remboursement des médicaments pour faire l'objet d'un monitoring par la concertation oncologique multidisciplinaire
 - autres (remplir).....

Médecin-Coordinateur (cachet)

Dr :N° INAMI :

Institution :

Etabli le :

Annexe 55 (suite)**CONCERTATION ONCOLOGIQUE MULTIDISCIPLINAIRE**

Patient:

N° national/ N° organisme assureur :

Demandeur COM : N° id. INAMI :

Coordinateur COM : N° id. INAMI:

Participants COM : 1) N° id. INAMI:

2) N° id. INAMI:

3) N° id. INAMI:

(Extramuros) 4) N° id. INAMI:

Je soussigné, certifie en tant que coordinateur de la concertation oncologique multidisciplinaire que les conditions des prestations n° 350372-350383 ont été respectées et que le formulaire d'enregistrement annexé a été rempli.

Institution :
.....Date COM :
.....Signature du coordinateur :
.....

Annexe 55 (suite)

FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT DU CANCER: FOLLOW-UP

Patient: Date de naissance:

N° national / N° organisme assureur: Sexe:

I) DONNÉES DE LA TUMEUR PRIMITIVELOCALISATION de la tumeur primitive (remplir):
.....HISTOLOGIE DE LA TUMEUR PRIMITIVE (remplir):
.....

DATE D'INCIDENCE (jj-mm-aaaa):.....(l'année seule suffit le cas échéant)

Ordre de priorité décroissante: 1=confirmation histo/cyto 2=hospitalisation/évaluation clinique

INTERVALLE LIBRE? (entourer) OUI NON

DATE DE LA PREMIERE RECIDIVE (si intervalle libre) (jj-mm-aaaa):.....

Ordre de priorité décroissante: 1=confirmation histo/cyto 2=hospitalisation/évaluation clinique

(entourer, plusieurs items sont permis): local régional métastases

II) PLAN DE TRAITEMENT EN RAISON DE LA PROBLÉMATIQUE ACTUELLE (intention)

Remplir les codes chronologiquement

10: chirurgie	15: greffe moelle osseuse	70: symptomatique
20: radiothérapie externe / curi-thérapie	30: isotopes	90: pas de thérapie
25: chimioradiothérapie concomitante	50: hormonothérapie	95: refus de thérapie
40: chimiothérapie	60: immunothérapie	
80: autre forme de traitement (remplir):.....		

--	--	--	--	--	--

III) JUSTIFICATION DE LA COM (indiquer)

- prise en charge d'un patient avec une récurrence
- prise en charge d'une maladie progressive
- traitement oncologique qui s'écarterait des lignes directrices écrites acceptées par le centre oncologique
- répétition d'une série d'irradiations d'une même région cible dans les douze mois, à compter de la date du début de la première série d'irradiations
- chimiothérapie par un médicament qui, dans une première phase de remboursement, a été désigné par la Commission de remboursement des médicaments pour faire l'objet d'un monitoring par la concertation oncologique multidisciplinaire
- autres (remplir).....

Médecin-Coordinateur (cachet)

Dr :N° INAMI :

Institution :

Etabli le :