



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), inscrite(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 PRATICIEN QUI ASSURERONT LA PRISE EN CHARGE PERMANENTE :

(si le groupe dispose d'un n° tiers payant, l'indiquer également)

Nom et prénom du (de la) responsable du groupe :

.....

N° INAMI : N° tiers payant :

.....

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 SOIN PALLIATIFS:**

Nom et prénom :

.....

ou

Nom de l'équipe :

.....

N° INAMI :

.....

.....

N° d'identification :

.....

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