

ZORGTRAJECTCONTRACT CHRONISCHE NIERINSUFFICIENTIE

Kleefbriefje ziekenfonds
van de patiënt

VERBINTENISSEN VAN DE PATIENT

NAAM VAN DE PATIËNT:.....

- » Mijn huisarts, die ik verzoek om deze aanvraag aan de adviserend geneesheer van mijn ziekenfonds te bezorgen, heeft mij vandaag de voorwaarden voor het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie uitgelegd.
- » Ik werd door mijn huisarts op de hoogte gebracht dat de voordelen en het welslagen van het zorgtraject afhangen van mijn actieve deelname aan het zorgplan. Ik verbind mij ertoe om de praktische organisatie van het zorgplan vast te leggen met mijn huisarts.
- » Mijn huisarts besprak met mij de behandelingsdoelen en hoe ze te bereiken, gebaseerd op de gegevens op pagina 2 van dit contract.
- » Bovendien geef ik mijn huisarts de toestemming om de volgende geanonimiseerde gegevens die op mij betrekking hebben: leeftijd, geslacht, renale diagnose, arteriële bloeddruk, de resultaten van sommige bloedonderzoeken (hemoglobine, creatinine, eGFR, parathormoon) over te maken aan het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid met als doel wetenschappelijke evaluatie en met naleving van de reglementering van de persoonlijke levenssfeer.

Datum en handtekening

Ik vraag aan mijn huisarts die dit contract ondertekent, mijn globaal medisch dossier te beheren; hij/zij moet daartoe binnen het jaar na de start van het zorgtraject het honorarium aanrekenen

VERBINTENISSEN VAN DE NEFROLOOG/INTERNIST

Ik stem ermee in om deel te nemen aan het zorgtraject van deze patiënt, die behoort tot de doelgroep¹, en meer bepaald om:

- » in onderlinge overeenstemming de huisarts te ondersteunen bij de uitwerking, de evaluatie en de aanpassing, van een individueel zorgplan voor de patiënt met chronische nierinsufficiëntie. Dit omvat doelstellingen, een geplande follow-up, medische raadplegingen, paramedische tussenkomsten en technische onderzoeken
- » de verslagen van mijn raadplegingen en technische onderzoeken aan de huisarts te bezorgen. met de huisarts een doeltreffende communicatie te onderhouden, meer bepaald via e-mail en telefonisch, ofwel op verzoek van de huisarts, ofwel naar aanleiding van de overdracht van klinische of biologische parameters.

Naam + Stempel

Datum – handtekening

Bankrekeningnummer voor de betaling van het zorgtrajecthonorarium

specialist: titularis:

rekeningnummer:

OF

ziekenhuis:

rekeningnummer:
ondernemingsnummer:

VERBINTENISSEN VAN DE HUISARTS

Ik stem ermee in om deel te nemen aan het zorgtraject van deze patiënt, die behoort tot de doelgroep 1, en meer bepaald om:

- » in onderlinge overeenstemming met de nefroloog, een individueel zorgplan uit te werken, te evalueren en aan te passen. Dit omvat doelstellingen, een geplande follow-up, medische raadplegingen, paramedische tussenkomsten en technische onderzoeken voor de patiënt met chronische nierinsufficiëntie
- » mijn observaties en de resultaten van relevante onderzoeken voor de opvolging van de patiënt aan de geneesheer-specialist te bezorgen
- » het medisch dossier van de patiënt te gebruiken
- » een kopie van dit behoorlijk ingevuld contract aan de adviserend geneesheer te bezorgen.

Naam + Stempel

Datum – handtekening

Bankrekeningnummer voor de betaling van het zorgtrajecthonorarium

huisarts: titularis:

rekeningnummer:

ADVISEREND GENEESHEER VAN HET ZIEKENFONDS

Ik meld ontvangst van dit contract conform de reglementering betreffende het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie dat geldt vanaf (datum ontvangst conforme aanvraag).....tot.....

Naam + Stempel

Datum – Handtekening

¹ Inclusiecriteria voor een zorgtraject chronische nierinsufficiëntie:

- » een chronische nierinsufficiëntie hebben, gedefinieerd als
 - een berekende glomerulaire filtratiesnelheid $<45\text{ml/min/1,73m}^2$ volgens de vereenvoudigde MDRD-formule minstens 2x bevestigd met een tussentijd van ten minste 3 maanden
- en/of
 - een proteïnurie van $>1\text{g/dag}$ minstens 2x bevestigd met een tussentijd van ten minste 3 maanden
- » ouder zijn dan 18 jaar
- » niet in dialyse zijn en niet getransplanteerd zijn
- » in staat zijn tot ambulante follow up, d.w.z. nefroloog/internist raadplegen in diens spreekkamer

ZORGTRAJECTCONTRACT CHRONISCHE NIERINSUFFICIENTIE

(pagina 2)

INFORMATIE OVER DE AANPAK VAN DE CHRONISCHE NIERINSUFFICIENTIE

ALGEMENE DOELSTELLING

Een goede aanpak van uw nierziekte verzekert u een langer én gezonder leven.

Deze aanpak kan de evolutie van uw nierziekte sterk vertragen, wil de werking van uw nieren zolang mogelijk behouden en uw kans op hart en vaatziekten verminderen.

UW PERSOONLIJKE DOELSTELLINGEN

Uw persoonlijke doelstellingen vormen de leidraad voor de aanpak van uw nierziekte.

Op basis van onderstaande doelstellingen maken u en uw huisarts een concreet zorgplan voor uw zorgtraject.

- » Gezonde leefstijl met aandacht voor
 - Regelmatig bewegen
 - Stoppen met roken
 - Gezonde voeding
 - Gewicht verliezen indien nodig
 - Geen geneesmiddelen gebruiken (bv. pijnstillers) zonder advies van uw dokter: zij kunnen schadelijk zijn voor uw nieren

- » Opvolgen en behandelen, zo nodig met geneesmiddelen, van
 - Bloedsuiker
 - Bloeddruk
 - Cholesterol en vetten in het bloed
 - Proteinurie: eiwit in de urine
 - Bloedarmoede
 - Toestand van uw beenderen en gewrichten
 - Tabakgebruik: stoppen met roken
 - Aangepast dieet: met de hulp van een ervaren diëtist
 - De nodige geneesmiddelen innemen zoals voorgeschreven

- » Bloedcontrole
Uw specialist en huisarts bepalen de regelmaat waarmee de bloedcontroles moeten gebeuren.

- » Controle: opsporen van verwickelingen in andere organen

- » Inenting: tegen griep, hepatitis en pneumokokken