

## Annexe 6

### NOTIFICATION DE SOINS INFIRMIERS POUR UN PATIENT PALLIATIF

#### *Identification du bénéficiaire*

Nom et prénom: .....

Adresse: .....

Date de naissance: .....

N° d'inscription O.A.: .....

Je soussigné(e): ..... inscrit(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 praticiens qui assureront la prise en charge  
permanente (si le groupe dispose d'un n° tiers payant, l'indiquer également):*

<u>Nom et prénom du (de la) responsable du groupe</u>	<u>n° INAMI</u>	<u>N° tiers payant</u>
.....	.....	.....

#### *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 soins palliatifs:*

Nom et prénom: ..... n° INAMI: .....

ou

Nom de l'équipe: ..... n° d'identification: .....

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