

## Programme restreint

*Cette fiche est une fiche informative synthétique qui se veut compréhensible par tous. Pour un public plus averti et des cas particuliers, vous pouvez vous référer à la législation et/ou aux mutuelles.*

<b>Pour qui ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les patients diagnostiqués de type 2 avec ADO (antidiabétiques par voie orale)</li> <li>• Traitement ou début d'un traitement d'incrétino-mimétiques injectables <b>ou</b><sup>1</sup> d'une seule injection d'insuline par jour</li> <li>• Les patients ne sont pas en trajet de soin ni en convention</li> <li>• HbA1c inférieure à 7,5 %</li> </ul>
<b>Par qui ?</b>	<b>Votre</b> médecin traitant
<b>Comment ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nécessité d'avoir un DMG</li> <li>• Lors d'une visite, le médecin atteste un code particulier la prestation <b>102852</b> du pré trajet de soin (ancien passeport du diabète)</li> <li>• Il complète et envoie un formulaire (cfr. annexe) au médecin conseil de la mutualité</li> </ul>
<b>Droits ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Éducation en diabétologie</li> <li>• Matériel : prescription avec mention « Programme Éducation et autogestion » <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 1 Glucomètre par 3 ans avec tiges et lancettes (chaque année 2 fois 50 tiges + 100 lancettes)</li> </ul> </li> <li>• 2 consultations en diététique par an (ticket modérateur à charge du patient)</li> <li>• 2 consultations en podologie par an (ticket modérateur à charge du patient)</li> </ul>
<b>Durée ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doit être renouvelé chaque année (si le patient a toujours HbA1c inférieur à 7,5 % dans les 3 mois précédent la prolongation)</li> </ul>

### Pour plus d'informations :

- <http://www.trajetsdesoins.be/FR/Professionnels/pdf/tool-synthese-dia2.pdf>



Brochure éducative réalisée par les membres de la CoP Diabète dans le cadre du projet Health Cop en juin 2018

<sup>1</sup> L'AR du 02.12.2018 (MB 17.12.2018) p.50 § 4, mentionne l'indication « **et/ou** », cependant le formulaire « g » créé par l'INAMI mentionne uniquement « **ou** » p.78 du même AR

## Annexes : formulaire à renvoyer par le médecin traitant

### NOTIFICATION D'UN PROGRAMME RESTREINT POUR LE CONTRÔLE DE LA GLYCÉMIE CHEZ UN PATIENT ATTEINT DU DIABÈTE DE TYPE 2

Vignette de la mutualité du patient

Je soussigné Dr ..... (nom et prénom)

..... (numéro d'identification INAMI)

communiqué par la présente dispenser à ..... (nom et prénom du patient), pour lequel je gère le dossier médical global, un programme restreint pour le contrôle de la glycémie (éducation et autogestion).

Je confirme que le patient suit un traitement par incréтинomimétique injectable ou qu'il reçoit une seule injection d'insuline par jour et qu'une éducation en diabétologie a été dispensée au patient.

O J'ai démarré le programme le .././... (jj/mm/aaaa)

O\* J'ai prolongé le programme à partir du .././... (jj/mm/aaaa) : j'ai constaté que mon patient a effectivement effectué les contrôles de glycémie requis au cours de la période écoulée et que la valeur HbA1c du patient, mesurée au plus tôt 3 mois avant la fin de la période précédente de 12 mois, est inférieure à 7,5 %.

Je tiens à votre disposition les données relatives à l'éducation en diabétologie et aux résultats de HbA1c du patient.

Nom

Date et signature

.....

.....

Cachet

\* Ne cocher que si le programme de contrôle de la glycémie est prolongé après une période précédente de 12 mois pour une nouvelle période de 12 mois.

**ENVOYER LE DOCUMENT SOUS PLI FERMÉ AU MÉDECIN-CONSEIL DE LA MUTUALITÉ**