

4. Documents médicaux

- < Indiquez tous les documents que vous joignez. Il est permis de transmettre des documents médicaux sur base de la législation relative au Fonds amiante.
- < Les "documents à joindre" sont indispensables pour entamer l'examen de la demande. De plus, si les autres documents ("si disponible") sont joints, il en résultera une décision plus rapide.
- < Les clichés médicaux qui ont été réalisés digitalement (CT, RMN, RC) doivent être transmis sur support électronique (format dicom)

Affection		Documents à joindre		Si disponible
Asbestose ou épaississements pleuraux diffus bilatéraux	<input type="checkbox"/>	CT-scan du thorax (clichés et protocole)	<input type="checkbox"/>	Rapport du pneumologue
	<input type="checkbox"/>	Examen fonctionnel respiratoire (tracés et protocole)	<input type="checkbox"/>	Analyse minéralogique du tissu pulmonaire ou du liquide de lavage broncho-alvéolaire
Mésothéliome provoqué par l'amiante	<input type="checkbox"/>	Rapport du spécialiste	<input type="checkbox"/>	Rapport anatomopathologique
			<input type="checkbox"/>	Coupes histologiques (hématoxyline-éosine)
			<input type="checkbox"/>	Un bloc en paraffine
			<input type="checkbox"/>	CT-scan
			<input type="checkbox"/>	Analyse minéralogique du tissu pulmonaire ou du liquide de lavage broncho-alvéolaire

5. Conséquences de l'affection

<p>Votre patient est-il actuellement en incapacité de travail à cause de cette affection?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui: date de début: __/__/__ date de fin présumée: __/__/__
<p>Ces 12 derniers mois, votre patient a-t-il été en incapacité de travail à la suite de cette affection?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Aucune idée Si oui: du __/__/__ au __/__/__ du __/__/__ au __/__/__
<p>Votre patient a-t-il besoin de traitements particuliers à cause de son affection?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui: lesquels?
<p>Estimez-vous que dans l'exercice des activités quotidiennes votre patient a régulièrement besoin de l'assistance d'une autre personne?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui: remplissez l'attestation médicale "assistance d'une autre personne" (AFA 04 F).

6. Identité du médecin

Nom		Cachet
Adresse		
Téléphone		
Fax		
E-mail		

J'affirme avoir rempli cette attestation de manière sincère et complète. Je suis disposé à fournir des données complémentaires relatives à cette demande aux médecins du Fonds amiante.

Date: __/__/__

Signature:

Renvoyez cette attestation médicale, avec le formulaire de demande AFA 01 F et AFA 04 F au
Fonds amiante - Avenue de l'Astronomie 1 - 1210 Bruxelles