

MEMORIAL
Journal Officiel
du Grand-Duché de
Luxembourg



MEMORIAL
Amtsblatt
des Großherzogtums
Luxemburg

RECUEIL DE LEGISLATION

A — N° 276

28 décembre 2011

Sommaire

**AMENDEMENT DE LA CONVENTION ENTRE LA CAISSE NATIONALE DE SANTÉ (CNS)
ET L'ASSOCIATION DES MÉDECINS ET MÉDECINS-DENTISTES (AMMD)
RELATIF AU MÉDECIN RÉFÉRENT**

**Amendement de la convention du 13 décembre 1993 telle que modifiée pour les médecins,
conclue en application de l'article 61 du Code de la sécurité sociale entre l'Association des
médecins et médecins-dentistes et l'UCM (actuellement CNS) page 4924**

Amendement de la convention du 13 décembre 1993 telle que modifiée pour les médecins, conclue en application de l'article 61 du Code de la sécurité sociale entre l'Association des médecins et médecins-dentistes et l'UCM (actuellement CNS).

Vu l'article 19bis du Code de la sécurité sociale instituant le médecin référent;

Vu l'article 60bis du Code de la sécurité sociale, disposant notamment que tout prestataire de soins de santé visé à l'article 61 du Code de la sécurité sociale, dépositaire d'un dossier de soins ou d'éléments d'un tel dossier, de données médicales sous forme de rapports médicaux, de résultats d'analyses, de comptes rendus d'investigations diagnostiques, d'ordonnances ou de prescriptions, d'imagerie médicale ou de tout document ou effet intéressant l'état de santé ou le traitement thérapeutique d'un assuré, doit en donner communication, sur sa demande, au médecin référent;

Vu les articles 61 à 67 du Code de la sécurité sociale;

Vu le règlement grand-ducal tel que prévu à l'article 19bis du Code de la sécurité sociale déterminant les modalités de désignation, de reconduction, de changement et de remplacement en cas d'absence du médecin référent;

Vu la convention du 13 décembre 1993 telle que modifiée, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code de la sécurité sociale pour les médecins, ci-après dénommée «la convention médicale»;

les parties soussignées, à savoir:

l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg, déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéa 1^{er} du Code de la sécurité sociale, représentée par son président actuellement en fonction, le docteur Jean UHRIG, et son secrétaire général actuellement en fonction, le docteur Claude SCHUMMER,

d'une part, et

la Caisse nationale de santé, prévue à l'article 44 du Code de la sécurité sociale, représentée par le président du comité directeur actuellement en fonction, Monsieur Paul SCHMIT,

d'autre part,

ont convenu d'amender la convention médicale en y ajoutant une annexe numéro V intitulée «Médecin référent tel que prévu à l'article 19bis du Code de la sécurité sociale» qui prend la teneur suivante:

«Glossaire:

Pour les besoins de la présente annexe, les termes sont définis comme suit:

- «**MR**» désigne le médecin référent qui est le médecin dont les missions sont prévues à l'article 19bis du Code de la sécurité sociale;
- «**déclaration MR**» est l'écrit signé par le médecin et le patient conformément à l'article 1^{er} du règlement grand-ducal tel que prévu à l'article 19bis du Code de la sécurité sociale déterminant les modalités de désignation, de reconduction, de changement et de remplacement en cas d'absence du médecin référent;
- «**numéro de déclaration MR**» est le numéro spécial généré par la CNS pour chaque relation médecin référent;
- «**MRR**» désigne le médecin référent remplaçant qui remplace temporairement le médecin référent;
- «**RP**» désigne le résumé patient, tel que défini à l'annexe;
- «**FP**» désigne la fiche de prévention dans le cadre du dispositif du MR, telle que définie à l'annexe;
- «**DSP**» désigne le dossier de soins partagé institué sur une plateforme électronique par «l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé», créée par l'article 60ter du Code de la sécurité sociale;
- «**Agence**» désigne l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé, créée par l'article 60ter du Code de la sécurité sociale;
- «**CNS**» désigne la Caisse nationale de santé, respectivement ses services administratifs;
- «**CE**» désigne la commission d'évaluation du dispositif du MR.

Art. 1^{er}. La personne protégée peut choisir librement son médecin référent (ci-après «MR») qui offre des soins primaires avec une approche holistique au patient.

Cette déclaration (ci-après «déclaration MR») est constatée par écrit renseignant:

- Nom, prénom, code médecin du MR;
- Nom, prénom, matricule de la personne protégée;
- Date et signature du MR et de la personne protégée.

Celle-ci doit déjà préciser si un médecin référent remplaçant (ci-après «MRR») a été désigné ou non et dans l'affirmative indiquer son nom, prénom et code médecin.

La déclaration est à faire selon un modèle-type qui est joint à l'annexe de la présente.

La déclaration MR est personnelle pour les parties. Une fois signé, ce document est à notifier à la CNS dans les meilleurs délais par le MR qui remet une copie à son patient.

Pour les besoins de la présente, la date de la réception de la déclaration MR par la CNS sera prise en compte pour déterminer la prise d'effet de la mission du MR.

Art. 2. Les notifications prévues aux articles suivants sont effectuées par voie électronique suivant les modalités à préciser en annexe de la présente.

Toutefois en attendant la mise en place des dispositifs électroniques, les communications afférentes sont effectuées au moyen de documents échangés par tout autre moyen.

Les documents-type dont doit disposer le MR dans le cadre de sa mission sont notamment mis à disposition par téléchargement électronique sur le site internet de la CNS. Le MR s'engage à utiliser lesdits documents à disposition.

Art. 3. Chaque déclaration MR sera identifiée par un numéro spécial généré par la CNS (ci-après «numéro de déclaration MR») et communiqué au médecin et à son patient.

Dans leurs relations avec la CNS se rapportant aux actes et procédures spécifiques du dispositif du MR et pour la transmission de documents, les médecins et personnes protégées utiliseront le numéro de déclaration MR.

Art. 4. La CNS transmet automatiquement à chaque patient un résumé des prestations prises en charge par l'assurance maladie. Les données initiales contenues dans ce résumé se rapportent à la période au moins triennale précédant la réception de la déclaration MR. La transmission des données collectées par la CNS peut se faire ensuite une fois par an dans la même forme.

Lorsque la transmission des données par voie informatique devient opérationnelle, le médecin accèdera à ces données par voie informatique d'après les modalités déterminées par le règlement grand-ducal visé à l'article 60quater, alinéa 6 du Code de la sécurité sociale.

Art. 5. Il est institué une commission d'évaluation (ci-après «CE») du dispositif du MR qui sera composée de six membres désignés par l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg, dont au moins un membre de la Société luxembourgeoise de pédiatrie et deux membres du Cercle des médecins généralistes et de six membres désignés par la CNS. Parmi les membres désignés par la CNS peuvent notamment figurer un ou plusieurs représentants relevant de la Direction de la Santé et un ou plusieurs représentants relevant du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Elle pourra également s'adjoindre des experts.

La CE se donne les moyens:

- de suivre statistiquement l'évolution du dispositif MR en prenant en compte notamment le nombre et les caractéristiques démographiques des personnes protégées participant au dispositif MR, ainsi que le nombre de médecins participant au dispositif par spécialité médicale et le nombre de patients par MR,
- d'évaluer les effets du dispositif du MR en prenant en compte notamment la consommation de soins de santé par les personnes protégées participant au dispositif MR et les répercussions financières du dispositif du MR,
- d'établir des indicateurs de santé permettant de suivre les gains attendus du dispositif du MR pour l'état de santé de la population protégée,
- d'élaborer des recommandations pour améliorer le dispositif du MR,
- de contribuer au développement du DSP et de la FP en collaboration avec l'Agence e-santé,
- d'identifier les besoins de formation spécifique du MR.

Lors de la phase de démarrage de trois ans à partir de l'entrée en vigueur du dispositif du MR, la commission se réunira à intervalles réguliers au moins quatre fois par an et ensuite au moins deux fois par an.

Les autres modalités de fonctionnement et la présidence seront arrêtées par la commission.

Les ressources nécessaires pour le fonctionnement de la CE sont mises à disposition par la CNS.

Art. 6. Le MR utilise les outils de codification recommandés par la CE.

Les médecins s'engagent en outre à acquérir les connaissances nécessaires à l'accomplissement de leurs missions spécifiques.

Art. 7. Dans le cadre du dispositif du MR, le MR établit dans les trois mois de toute relation et pour chaque patient un résumé patient (ci-après «RP») daté et signé qu'il tient à jour.

Le contenu de ce RP est déterminé sur base d'un modèle-type prévu à l'annexe. Le RP fait partie intégrante du dossier médical et sera dès que possible intégré dans le dispositif de partage de données DSP.

Le RP est mis à jour au moyen de toutes les données médicales mises à disposition du MR lors de ses contacts avec les patients.

Le patient recevra une copie du RP ainsi que de toute mise à jour de celui-ci.

Art. 8. Au cours de la relation MR, le médecin remplira avec son patient une fiche de prévention (ci-après «FP») datée et signée par ses soins, dont le contenu est déterminé sur base d'un modèle-type prévu à l'annexe. Cette FP ne comportera aucune donnée permettant d'identifier le patient.

Une copie est laissée au patient, la deuxième copie est destinée au médecin pour son dossier et l'original est envoyé par le médecin à la Direction de la Santé pour établir une base de données sur l'état de santé des personnes protégées.

Art. 9. Les honoraires spécifiques dans le cadre du dispositif du MR tels que prévus par la nomenclature des actes et services médicaux seront pris en charge dans le cadre du système du tiers payant.

Art. 10. Le présent amendement entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2012.»

Pour l'Association des médecins
et médecins-dentistes

Le Président,
Dr Jean Uhrig

Le secrétaire général,
Dr Claude Schummer

Pour la Caisse nationale de santé

Le Président,
Paul Schmit

—

Médecin référent der Referenzarzt

E + fir meng Gesondheet

DÉCLARATION MÉDECIN RÉFÉRENT

(Art. 19bis du Code de la sécurité sociale)

IMPORTANT: Inscrire les nom, prénom(s) et adresse en majuscules
Inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

Identification de la personne protégée

Personne protégée	
Nom <input type="text"/> <small>(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)</small>	Matricule: <small>(ou à défaut date de naissance)</small>
Prénom(s) <input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse(*) <small>(Rue)</small> <input type="text"/> <small>(N°)</small> <input type="text"/>	
<small>(Pays)</small> <input type="text"/> <small>(CP)</small> <input type="text"/> <small>(Localité)</small> <input type="text"/>	
Représentant légal ou tuteur de la personne protégée(*)	
Nom <input type="text"/> <small>(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)</small>	Matricule: <small>(ou à défaut date de naissance)</small>
Prénom(s) <input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse(*) <small>(Rue)</small> <input type="text"/> <small>(N°)</small> <input type="text"/>	
<small>(Pays)</small> <input type="text"/> <small>(CP)</small> <input type="text"/> <small>(Localité)</small> <input type="text"/>	

Identification du médecin référent

Nom <input type="text"/>	Code médecin:
Prénom <input type="text"/>	<input type="text"/>

Identification du médecin référent remplaçant

Avez-vous déjà désigné un médecin remplaçant?	<input type="checkbox"/>	OUI	Dans l'affirmative, veuillez compléter les données suivantes:	Nom <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	NON		Prénom <input type="text"/>
				Adresse professionnelle(*) <input type="text"/>

Personne protégée (ou représentant légal ou tuteur)	Médecin référent
Date et signature	Date, signature et cachet

La déclaration dûment remplie et signée est à notifier dans les meilleurs délais par le médecin référent à la CNS

- par courrier: CNS - Service médecin référent - L-2977 LUXEMBOURG
- par fax: 2757- 4600
- par e-mail: mr.cns@secu.lu

(*)optionnel





RÉSUMÉ PATIENT ADULTE (RPA)

IDENTIFICATION DÉCLARATION

N° de déclaration : _____ Date d'établissement : _____ (dd/mm/aaaa)

Type de déclaration : Médecin référent Médecin référent remplaçant

Version du résumé patient : Original Modification

Dépositaire du résumé patient : Médecin référent Médecin référent remplaçant

Autre: à préciser :

IDENTIFICATION MÉDECIN RÉFÉRENT

Identification Médecin Référent	Identification Médecin Référent Remplaçant
Code médecin individuel :	Code médecin individuel :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Tél :	Tél :

IDENTIFICATION PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____ Nom matrimonial : _____

Date de naissance : _____ Suffixe du matricule : _____ F M

Autre numéro identifiant : _____ Type autre identifiant : _____

REPRESENTANT LEGAL

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

IDENTIFICATION PERSONNE TIERCE POUR PATIENT

(N.B. il faut mettre un numéro pour le type de contact et reporter ce numéro dans la liste qui suit)

ami(e) curateur épouse/époux foyer médecin traitant membre de la famille

parent partenaire personne de confiance tuteur

N°:.....Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

N°:.....Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

N°:.....Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____



DONNÉES MÉDICALES

ALLERGIES ET INTOLERANCES:

N° SEQUENTIEL	TYPE	AGENT	SYMPTOME(S) / GRAVITE
1			
2			
3			

PROBLEMES INACTIFS

N° SEQUENTIEL	TYPE	DESCRIPTION	DATE D'APPARITION PRESUMEE	FIN PRESUMEE
1				
2				
3				

PROBLEMES ACTIFS

N° SEQUENTIEL	MALADIE / PROBLEME	DATE D'APPARITION PRESUMEE
1		
2		
3		

TRAITEMENTS AU LONG COURS

N° SEQUENTIEL	DESCRIPTION	DATE DEBUT PRESUMEE	N° DU PROBLEME ACTIF ASSOCIE
1			
2			
3			

DISPOSITIFS MEDICAUX (implants, stimulateurs, prothèses, orthèses,...)

N° SEQUENTIEL	DESCRIPTION
1	
2	
3	

PREVENTION

Date d'établissement de la dernière fiche de prévention :

Rappel : Prochaine consultation prévention dans :

Deux ans

Trois ans



CARNET VACCINAL

Vaccination de base			
VACCINATIONS	ETAT	RAPPEL RECOMMANDE (ECHEANCE)	
d T aP IPV – Diphtérie Tétanos Coqueluche Poliomyélite	<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> pas à jour		
ou			
d – Diphtérie	<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> pas à jour		
T – Tétanos	<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> pas à jour		
aP – Coqueluche	<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> pas à jour		
IPV – Poliomyélite	<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> pas à jour		
Patients à partir de 60 ans			
PPS23 - Vaccin polysaccharidique contre les pneumocoques	<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> pas à jour		
Patients à partir de 65 ans			
Flu - Grippe saisonnière	<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> pas à jour		
Vaccinations pour personnes adultes à risque			
Nom du vaccin:	<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> pas à jour		
Autres vaccinations			
Nom du vaccin:	<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> pas à jour		
Nom du vaccin:	<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> pas à jour		
Nom du vaccin:	<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> pas à jour		
DISPOSITIONS PERSONNELLES			
TYPE	OUI/NON	LIEU DU DEPOT	PERSONNE DE CONFIANCE
Donneur d'organes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Disposition de fin de vie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation	
Directive anticipée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Autre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Signature :

Luxembourg, le __ / __ / ____



RÉSUMÉ PATIENT PÉDIATRIQUE (RPP)

IDENTIFICATION DÉCLARATION

N° de déclaration : _____ Date d'établissement : _____ (dd/mm/aaaa)

Type de déclaration : Médecin référent Médecin référent remplaçant

Version du résumé patient : Original Modification

Dépositaire du résumé patient : Médecin référent Médecin référent remplaçant

Autre: à préciser :

IDENTIFICATION MÉDECIN RÉFÉRENT

Identification Médecin Référent	Identification Médecin Référent Remplaçant
Code médecin individuel :	Code médecin individuel :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Tél :	Tél :

IDENTIFICATION PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Suffixe du matricule : _____ F M

Autre numéro identifiant : _____ Type autre identifiant :

REPRESENTANT LEGAL

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

IDENTIFICATION PERSONNE TIERCE POUR PATIENT

(N.B. il faut mettre un numéro pour le type de contact et reporter ce numéro dans la liste qui suit)

ami(e) curateur épouse/époux foyer médecin traitant membre de la famille

parent partenaire personne de confiance tuteur

N°:.....Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

N°:.....Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

N°:.....Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

DONNÉES MÉDICALES

ALLERGIES ET INTOLERANCES:

N° SEQUENTIEL	TYPE	AGENT	SYMPTOME(S) / GRAVITE
1			
2			
3			

**PROBLEMES INACTIFS**

N° SEQUENTIEL	TYPE	DESCRIPTION	DATE D'APPARITION PRESUMEE	FIN PRESUMEE
1				
2				
3				

PROBLEMES PRE- ET PERINATAUX
 ACCOUCHEMENT PREMATURE: Oui Non TERME DE L'ACCOUCHEMENT:

N° SEQUENTIEL	DESCRIPTION
1	
2	

PROBLEMES ACTIFS

N° SEQUENTIEL	MALADIE / PROBLEME	DATE D'APPARITION PRESUMEE
1		
2		
3		

TRAITEMENTS AU LONG COURS

N° SEQUENTIEL	DESCRIPTION	DATE DEBUT PRESUMEE	N° DU PROBLEME ACTIF ASSOCIE
1			
2			
3			

DISPOSITIFS MEDICAUX (implants, stimulateurs, prothèses, orthèses,...)

N° SEQUENTIEL	DESCRIPTION
1	
2	
3	

HANDICAP
 Bénéficiaire d'allocations sociales majorées pour un handicap Oui Non
 Handicap reconnu %
PREVENTION

Date d'établissement de la dernière fiche de prévention :

Rappel : Prochaine consultation prévention prévue :

COURBE DE CROISSANCE

TAILLE	POIDS	PERIMETRE CRANIEN (jusqu'à l'âge de 3-4 ans de l'enfant)	BMI (à partir de l'âge de 3-4 ans de l'enfant)
P	P	P	



ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET MODE DE VIE

SITUATION DES PARENTS	SI PAS UNIS		MODE DE GARDE	
	Mère	Père		
<input type="checkbox"/> Divorcés	<input type="checkbox"/> Isolée	<input type="checkbox"/> Isolé	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Nourrice
<input type="checkbox"/> Séparés	<input type="checkbox"/> Famille recomposée	<input type="checkbox"/> Famille recomposée	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Crèche
<input type="checkbox"/> Unis			<input type="checkbox"/> Mère et père	<input type="checkbox"/> Maison relais/Foyer
<input type="checkbox"/> Veuf/Veuve			<input type="checkbox"/> Familiale	<input type="checkbox"/> Cantine
Autre(s) élément(s) important(s):			Autre :	

RESUME CARNET VACCINAL

LES VACCINATIONS DE LA PETITE ENFANCE (0-2 ANS)

VACCIN	ETAT	
Les vaccinations de la petite enfance sont complètes	<input type="checkbox"/>	
ou		
D T aP IPV Hib HepB - Vaccin hexavalent	<input type="checkbox"/> à jour	<input type="checkbox"/> pas à jour
D T aP IPV Hib - Vaccin pentavalent	<input type="checkbox"/> à jour	<input type="checkbox"/> pas à jour
RV - Rotavirus	<input type="checkbox"/> à jour	<input type="checkbox"/> pas à jour
MMRV - Rougeole-Rubéole-Oreillons-Varicelle	<input type="checkbox"/> à jour	<input type="checkbox"/> pas à jour
MenC - Méningocoque C	<input type="checkbox"/> à jour	<input type="checkbox"/> pas à jour
PCV - Vaccin anti-pneumococcique conjugué	<input type="checkbox"/> à jour	<input type="checkbox"/> pas à jour
Le prochain vaccin est vers 5 ans.		

LES VACCINATIONS DE L'ENFANCE (5-6 ANS)

VACCIN	ETAT	
D T aP IPV - Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Poliomyélite	<input type="checkbox"/> à jour	<input type="checkbox"/> pas à jour
La prochaine vaccination est à partir de 12 ans.		

LA VACCINATION DES FILLES A PARTIR DE 12 ANS

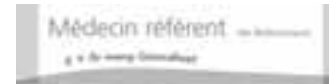
VACCIN	ETAT	
HPV - Infections à Papillomavirus (3 injections)	<input type="checkbox"/>	
1ère injection	<input type="checkbox"/> à jour	<input type="checkbox"/> pas à jour
2ème injection	<input type="checkbox"/> à jour	<input type="checkbox"/> pas à jour
3ème injection	<input type="checkbox"/> à jour	<input type="checkbox"/> pas à jour
Pour les filles, le prochain vaccin est vers 15 ans.		

LES VACCINATIONS DE L'ADOLESCENCE (A PARTIR DE 15 ANS)

VACCIN	ETAT	
Les vaccinations de l'adolescence sont complètes	<input type="checkbox"/>	
ou		
D T aP IPV - Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Poliomyélite	<input type="checkbox"/> à jour	<input type="checkbox"/> pas à jour
HepB - Hépatite B (en l'absence de vaccination antérieure)	<input type="checkbox"/> à jour	<input type="checkbox"/> pas à jour
MenC - Méningocoque C (en l'absence de vaccination antérieure)	<input type="checkbox"/> à jour	<input type="checkbox"/> pas à jour
Le prochain vaccin est vers 25 ans		

LES VACCINATIONS POUR NOURRISSON ET ENFANT A RISQUE

VACCIN	ETAT		RAPPEL RECOMMANDE (ECHEANCE)
Flu - Grippe saisonnière	<input type="checkbox"/> à jour	<input type="checkbox"/> pas à jour	
Autre vaccin :	<input type="checkbox"/> à jour	<input type="checkbox"/> pas à jour	
Autre vaccin :	<input type="checkbox"/> à jour	<input type="checkbox"/> pas à jour	
Autre vaccin :	<input type="checkbox"/> à jour	<input type="checkbox"/> pas à jour	

**AUTRES VACCINATIONS**

VACCIN	ETAT		RAPPEL RECOMMANDE (ECHEANCE)
Nom du vaccin :	<input type="checkbox"/> à jour	<input type="checkbox"/> pas à jour	
Nom du vaccin :	<input type="checkbox"/> à jour	<input type="checkbox"/> pas à jour	
Nom du vaccin :	<input type="checkbox"/> à jour	<input type="checkbox"/> pas à jour	

DISPOSITIONS PERSONNELLES

TYPE	OUI/NON	LIEU DU DEPOT	PERSONNE DE CONFIANCE
Donneur d'organes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Disposition de fin de vie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation	
Directive anticipée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Autre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Signature :

Luxembourg, le __ / __ / ____



Fiche Prévention – Adulte (≥ 19 ans)		Identification Médecin référent	
Date d'établissement de la FP __/__/____ <input type="checkbox"/> Original <input type="checkbox"/> Modification		Nom, prénom : Code médecin individuel : Adresse : Téléphone :	
Déclaration MR N°: _____		Âge : _____ ans	Sexe : _____
Activité Physique		Propositions	
<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Régulière		<input type="checkbox"/> I-D-M (= information, discussion, motivation) <input type="checkbox"/> Autre	
Alcool		<input type="checkbox"/> Refus test <input type="checkbox"/> I-D-M <input type="checkbox"/> Prescription cure <input type="checkbox"/> Autre	
Questionnaire Test AUDIMAT-GMAT (résultat) : <input type="text"/> <input type="text"/>			
Tabac		<input type="checkbox"/> I-D-M <input type="checkbox"/> Intervention courte <input type="checkbox"/> Programme anti-tabac <input type="checkbox"/> Autre	
<input type="checkbox"/> Non-fumeur <input type="checkbox"/> Ancien Fumeur <input type="checkbox"/> Fumeur → Volonté d'arrêter? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Diabète		<input type="checkbox"/> Bilan complémentaire <input type="checkbox"/> Education thérapeutique <input type="checkbox"/> Instaurer traitement <input type="checkbox"/> Continuer traitement <input type="checkbox"/> Autre	
Connu : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Inconnu : <input type="checkbox"/> Glycémie normale <input type="checkbox"/> Glycémie à jeun >126mg/dl <input type="checkbox"/> Glycémie non à jeun >200mg/dl			
Risque Cardio-Vasculaire			
(Feuille anamnèse) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Evaluation du risque à 10 ans selon Framingham (Framingham Point Scores) <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Élevé <input type="checkbox"/> Très élevé		<input type="checkbox"/> I-D-M <input type="checkbox"/> Instaurer traitement <input type="checkbox"/> Continuer traitement <input type="checkbox"/> Autre	
PAP (Femmes)			
FAIT <input type="checkbox"/> Oui, avec résultat connu <input type="checkbox"/> Oui, avec résultat en attente <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> I-D-M <input type="checkbox"/> Refus PAP <input type="checkbox"/> Avis gynécologique <input type="checkbox"/> Autre	
Mammographie (femmes ≥ 50 ans)			
Participation au Programme national Mammographie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> I-D-M <input type="checkbox"/> Refus <input type="checkbox"/> Autre	
Haemocult			
Résultat < 2 ans : <input type="checkbox"/> Inexistant <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif Résultat actuel : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif		<input type="checkbox"/> I-D-M <input type="checkbox"/> Refus Haemocult <input type="checkbox"/> Avis Spécialisé <input type="checkbox"/> Coloscopie <input type="checkbox"/> Autre	
Coloscopie			
Dernière Coloscopie <input type="checkbox"/> ≤ 10 ans <input type="checkbox"/> > 10 ans <input type="checkbox"/> Jamais		<input type="checkbox"/> I-D-M <input type="checkbox"/> Autre	



Vision (≤65 ans)																							
Risque glaucome présent: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Diabète II <input type="checkbox"/> Myopie > 5 dioptries <input type="checkbox"/> Atcd Familiaux Contrôle Ophtalmo < 2 ans <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> I-D-M <input type="checkbox"/> Avis Spécialisé <input type="checkbox"/> Autre																					
Vision (>65 ans)																							
Contrôle Ophtalmo < 2 ans Contrôle acuité visuelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Contrôle Glaucome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Problème de vision (Feuille anamnèse) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> I-D-M <input type="checkbox"/> Avis Spécialisé <input type="checkbox"/> Autre																					
Audition (> 65 ans)																							
Hypocousie (voix chuchotée) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Avis spécialisé <input type="checkbox"/> Autre																					
Suivi dentaire																							
Dernière consultation : < 1 an <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> I-D-M <input type="checkbox"/> Avis Spécialisé <input type="checkbox"/> Autre																					
Analyse sanguine																							
Cholestérol :																							
Total (mg/dl) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HDL (mg/dl) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Total/HDL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Glycémie (mg/dl) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Triglycérides (mg/dl) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Gamma-gt (U/l)		<input type="checkbox"/> I-D-M <input type="checkbox"/> Bilan Complémentaire <input type="checkbox"/> Traitement <input type="checkbox"/> Autre																					
Analyse Urinaire																							
	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Négatif</th> <th>Positif</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Leucocytes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Glucose</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nitrite</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Protéine</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sang</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Urobilinogène</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Négatif	Positif	Leucocytes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glucose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nitrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protéine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urobilinogène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bilan Complémentaire <input type="checkbox"/> Avis Spécialisé <input type="checkbox"/> Traitement <input type="checkbox"/> I-D-M <input type="checkbox"/> Autre
	Négatif	Positif																					
Leucocytes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Glucose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Nitrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Protéine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Urobilinogène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Tension Artérielle (mmHg)																							
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg <input type="checkbox"/> Idéal (<120/80) <input type="checkbox"/> Normal (120-129/80-84) <input type="checkbox"/> Subnormal (130-139/85-89) <input type="checkbox"/> HTA stade 1 (140-179/90-109) <input type="checkbox"/> HTA stade 2 (>179/109) <input type="checkbox"/> HT systolique isolée (>139/<90)		<input type="checkbox"/> Bilan Complémentaire <input type="checkbox"/> Instaurer Traitement <input type="checkbox"/> Continuer Traitement <input type="checkbox"/> I-D-M <input type="checkbox"/> Autre																					
BMI (kg/m²)																							
<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> (feuille anamnèse) <input type="checkbox"/> < 18,5 <input type="checkbox"/> 18,5 – 24,9 <input type="checkbox"/> 25,0 – 29,9 = Préadiposité <input type="checkbox"/> 30,0 – 34,9 = Adiposité Grade I <input type="checkbox"/> 35,0 – 39,9 = Adiposité Grade II <input type="checkbox"/> > 39,9 = Adiposité Grade III		<input type="checkbox"/> Activité Physique <input type="checkbox"/> Avis Diététique <input type="checkbox"/> Avis Spécialisé <input type="checkbox"/> I-D-M <input type="checkbox"/> Autre																					

Fiche à envoyer au Directeur de la Santé – Programme Médecin Référent

Direction de la Santé
Villa Louvigny, Allée Marconi
L-2120 Luxembourg

Veillez ne pas oublier de remettre une copie de cette fiche prévention au patient



Fiche Prévention – Enfant (> 24 mois)		Identification Médecin référent	
Date d'établissement de la FP __/__/____ <input type="checkbox"/> Original <input type="checkbox"/> Modification		Nom, prénom : Code médecin individuel : Adresse : Téléphone :	
Déclaration MR n°: _____ Âge: ___ a ___ m Sexe: ___		Propositions	
Croissance staturo-pondérale Poids: [][][][] kg Taille: [][][] cm BMI: [][][][] Normale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Surcharge pondérale : ... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Obésité: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Retard pondéral : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Retard statural : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Avance staturale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non PC: [][][] cm		<input type="checkbox"/> I-D-M <input type="checkbox"/> Examens complémentaires : biologie <input type="checkbox"/> Examens complémentaires : radiologie Avis : <input type="checkbox"/> Endocrinologue pédiatre <input type="checkbox"/> Diététique pédiatrique <input type="checkbox"/> Gastroentérologue pédiatre <input type="checkbox"/> Autres (préciser) : _____	
Vaccinations Statut vaccinal : <input type="checkbox"/> Complet <input type="checkbox"/> Incomplet Refus <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Partiel Si refus, vaccin(s) concerné(s): _____		Vaccin(s) à faire : _____ <input type="checkbox"/> I-D-M	
Dépistage neuro-sensoriel Développement psychomoteur : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> À suivre - Bilan service Orthoptique et Pléoptique : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Résultat (facultatif) : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal - Bilan 30 (service Audiophonologique) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Résultat : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal Déficit sensoriel : - Vision : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Audition : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Autre : _____		<input type="checkbox"/> Service d'aide précoce <input type="checkbox"/> Service de consultation et d'aide psychomotrice <input type="checkbox"/> Pédiopsychiatrie <input type="checkbox"/> Kinésithérapie <input type="checkbox"/> Avis ophtalmologique/Service Orthoptique et Pléoptique <input type="checkbox"/> Avis ORL/Service Audiophonologique <input type="checkbox"/> Commission d'inclusion scolaire <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> I-D-M	
Scolarité <input type="checkbox"/> Scolarité normale <input type="checkbox"/> Difficultés scolaires - Troubles du comportement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Difficultés d'apprentissage : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> I-D-M <input type="checkbox"/> Contact avec enseignant/Inspecteur <input type="checkbox"/> Commission d'inclusion scolaire <input type="checkbox"/> Avis spécialisé	
Activité physique quotidienne hors école <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Régulière <input type="checkbox"/> <15 min <input type="checkbox"/> 15-30 min <input type="checkbox"/> 30-60 min <input type="checkbox"/> >60 min		<input type="checkbox"/> I-D-M	
Alimentation <input type="checkbox"/> Equilibrée <input type="checkbox"/> Déséquilibrée		<input type="checkbox"/> I-D-M	



Prévention Accidents Domestiques	
Facteurs de risque identifiés: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> I-D-M <input type="checkbox"/> Mesures préventives spécifiques proposées
Suivi dentaire	
- Caries visibles : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Dernière consultation chez le dentiste: <input type="checkbox"/> <6 mois <input type="checkbox"/> <1 an - Prochaine consultation prévue, le : ___/___/____	<input type="checkbox"/> I-D-M <input type="checkbox"/> Avis spécialisé
Prévention cardiovasculaire et respiratoire	
- Tension artérielle : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale - Pathologie cardio-vasculaire familiale précoce : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Dyslipidémie familiale sévère : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Tabagisme : Passif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Actif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Autres facteurs de risque identifiés : _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> I-D-M <input type="checkbox"/> Examens complémentaires <input type="checkbox"/> Profil lipidique - Avis spécialisé: <input type="checkbox"/> Cardiologue pédiatrique <input type="checkbox"/> Néphrologue pédiatrique <input type="checkbox"/> Endocrinologue pédiatrique <input type="checkbox"/> Pneumologue pédiatrique <input type="checkbox"/> Autre

Fiche à envoyer au Directeur de la Santé – Programme Médecin Référent

Direction de la Santé
Villa Louvigny, Allée Marconi
L-2120 Luxembourg

Veillez ne pas oublier de remettre une copie de cette fiche prévention au patient



<p>Fiche Prévention – Nourrisson (≤ 24 mois)</p> <p>Date d'établissement de la FP ___/___/____</p> <p><input type="checkbox"/> Original</p> <p><input type="checkbox"/> Modification</p>	<p>Identification Médecin référent</p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Code médecin individuel :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p>
---	--

<p>Déclaration MR n°: _____ Âge: ___ a ___ m Sexe: ___</p>	<p>Propositions</p>
<p>Croissance staturo-pondérale</p> <p>Poids: [][] kg Taille: [][] cm BMI: [][], [][]</p> <p>Normale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Surcharge pondérale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Obésité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Retard pondéral : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Retard statural : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Avance staturale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Rebond d'adiposité précoce : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>PC: [][], [][] cm</p>	<p><input type="checkbox"/> I-D-M</p> <p><input type="checkbox"/> Examens complémentaires : biologie</p> <p><input type="checkbox"/> Examens complémentaires : radiologie</p> <p>Avis :</p> <p><input type="checkbox"/> Endocrinologue pédiatre</p> <p><input type="checkbox"/> Diététique pédiatrique</p> <p><input type="checkbox"/> Gastroentérologue pédiatre</p> <p><input type="checkbox"/> Autres (préciser) _____</p>
<p>Vaccinations</p> <p>Statut vaccinal : <input type="checkbox"/> Complet <input type="checkbox"/> Incomplet</p> <p>Refus : <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Partiel</p> <p>Si refus, vaccin(s) concerné(s): _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Vaccin(s) à faire : _____</p> <p><input type="checkbox"/> I-D-M</p>
<p>Prévention Mort Inopinée du Nourrisson (MIN)</p> <p>- Couchage sur le dos expliqué : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>- Danger du tabagisme passif expliqué: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Facteurs de risque identifiés :</p> <p>- Risque étranglement <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>- Risque d'étouffement par couvertures/oreillers/couettes/tour de lit <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>- Matelas trop mou <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>- Matelas inadapté à taille du lit <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>- Barreaux du lit non-conformes <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>- Risque de chute <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>- Présence d'animaux dans la chambre <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>- Température de la chambre trop élevée ... <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p><input type="checkbox"/> I-D-M</p>
<p>Allaitement Maternel</p> <p>- Allaitement maternel: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours</p> <p>exclusif jusqu'à [][] mois et [][] semaines</p> <p>durée totale [][] mois et [][] semaines</p> <p>- Introduction lait artificiel : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>âge de début [][] mois et [][] semaines</p> <p>- Diversification alimentaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>âge de début [][] mois et [][] semaines</p>	<p><input type="checkbox"/> I-D-M</p>
<p>Soins de base de l'enfant malade</p>	<p><input type="checkbox"/> I-D-M</p> <p><input type="checkbox"/> Informations données selon module</p>



Prévention des accidents domestiques	
- Facteurs de risque identifiés: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> I-D-M <input type="checkbox"/> Mesures préventives spécifiques proposées
Dépistage neuro-sensoriel	
Développement psychomoteur : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> À suivre - Bilan service Orthoptique et Pléoptique : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Résultat (facultatif) : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal - Otoémissions acoustiques faits : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Résultat : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal Déficit sensoriel : - Vision : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Audition : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Autre : _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Services d'aide précoce <input type="checkbox"/> Prescription(s) de rééducation <input type="checkbox"/> I-D-M <input type="checkbox"/> Autre
Prévention cardiovasculaire et respiratoire	
- Tabagisme passif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Facteurs de risque identifiés : <input type="checkbox"/> Pathologie cardiaque <input type="checkbox"/> Pathologie respiratoire <input type="checkbox"/> Prématurité <input type="checkbox"/> Hypotrophie <input type="checkbox"/> Complications néonatales Autres : _____	<input type="checkbox"/> I-D-M <input type="checkbox"/> Consultation spécialisée

Fiche à envoyer au Directeur de la Santé – Programme Médecin Référent

Direction de la Santé
Villa Louvigny, Allée Marconi
L-2120 Luxembourg

Veillez ne pas oublier de remettre une copie de cette fiche prévention au patient