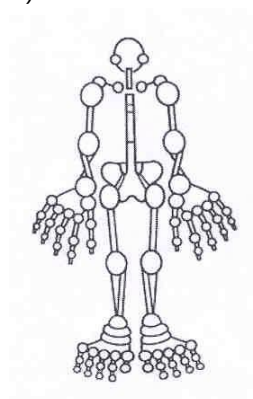


Ik bevestig dat ik klinisch actieve artritis heb vastgesteld:

- Op / / (datum aanvang)
- ter hoogte van de volgende gewrichten (ten minste vijf)
(aan te duiden op de figuur hiernaast)



Ik bevestig dat de rechthebbende zelf de HAQ-vragenlijst ingevuld heeft, opgenomen onder punt V van dit formulier:
op / / (datum waarop de vragenlijst werd ingevuld) en dat er een totale score werd bekomen van:
 op 60 (som van de waarden bekomen voor elke vraag), die in percentage uitgedrukt, overeenstemt met een
HAQ index van:
 op 100.

Ik bevestig dat de huidige afwezigheid van een evolutieve tuberculose bij deze rechthebbende overeenstemt met de
situatie waarvan het vakje hieronder is aangekruist:

- ☐ Radiografie van de longen en Mantoux-test beiden negatief;
- ☐ Radiografie van de longen positief of een Mantoux-test positief: een eventuele actieve TBC is adequaat behandeld
en een arts -specialist in de pneumologie bevestigt de adequate behandeling onder punt VI van dit formulier. Een
eventuele latente TBC geeft aanleiding tot een adequaat werkende behandeling die sinds 4 weken werd
opgestart, bevestigd door een arts -specialist in de pneumologie (zie VI).

Op grond hiervan bevestig ik dat deze rechthebbende nood heeft aan een behandeling met deze specialiteit.

III - Identificatie van de arts -specialist in punt II hierboven vermeld

(naam)

(voornaam)

1- (RIZIV Nr.)

/ / (Datum)



(STEMPEL)

(HANDTEKENING VAN DE arts)

IV - Vragenlijst omtrent fysiek functioneren (HAQ) in te vullen door de rechthebbende wiens identiteit vermeld staat onder punt I.

(Gelieve met een kruisje het antwoord aan te duiden dat het best uw capaciteiten van de laatste dagen omschrijft).

	Zonder moeilijkheid	ENIGE moeilijkheid	Met moeilijkheid	ENIGE moeilijkheid	ZEER moeilijk	ONMOGELIJK
1) AANKLEDEN EN UITERLIJKE VERZORGING :						
Bent u in staat om:						
a. Uzelf aan te kleden, incl. uw veters dicht te knopen en uw kleren dicht te knopen ?	☐		☐		☐	☐
b. Uw haar te wassen ?	☐		☐		☐	☐
2) OPSTAAN:						
Bent u in staat om:						
a. Van een stoel op te staan ?	☐		☐		☐	☐
b. In en uit bed te komen ?	☐		☐		☐	☐
3) ETEN :						
Bent U in staat om:						
a. Uw vlees zelf te snijden ?	☐		☐		☐	☐
b. Een vol kopje of glas naar uw mond te brengen ?	☐		☐		☐	☐
c. Een brik melk of fruitsap te openen ?	☐		☐		☐	☐
4) LOPEN:						
Bent u in staat om:						
a. Buiten op vlak terrein te lopen ?	☐		☐		☐	☐
b. 5 treden van een trap op te lopen ?	☐		☐		☐	☐
5) HYGIENE:						
Bent u in staat om :						
a. U volledig te wassen en af te drogen ?	☐		☐		☐	☐
b. Een bad te nemen ?	☐		☐		☐	☐
c. Op het toilet plaats te nemen en er weer van op te staan ?	☐		☐		☐	☐
6) GRIJPEN :						
Bent u in staat om:						
a. Een voorwerp van 2,5 kg boven uw hoofd te pakken ?	☐		☐		☐	☐
b. U te bukken om een kledingstuk op de vloer op te rapen ?	☐		☐		☐	☐
7) HET GEBRUIK VAN DE HANDEN:						
Bent u in staat om:						
a. Een autodeur open te maken ?	☐		☐		☐	☐
b. Een pot open te schroeven die al eerder is opengemaakt ?	☐		☐		☐	☐
c. Een kraan open en dicht te draaien ?	☐		☐		☐	☐
8) ANDERE ACTIVITEITEN :						
Bent u in staat om:						
a. boodschappen te doen ?	☐		☐		☐	☐
b. In en uit de auto te stappen ?	☐		☐		☐	☐
c. Huishoudelijke taken te verrichten zoals stofzuigen of een beetje te	☐		☐		☐	☐

tuinieren ?

	Zonder ENIGE moeilijkheid	Een BEETJE ongemakkelijk	Beperkt tot bepaalde posities of ongemakkelijk zeer	ONMOGELIJK door polyarthritis
(score toegekend aan elke kolom)	(0)	(1)	(2)	(3)

..... (Handtekening van de rechthebbende)

V - (Indien van toepassing)

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, specialist erkend in de pneumologie, verklaar dat de hierboven vernoemde rechthebbende zich in de volgende situatie bevindt:

☐ Radiografie van de longen positief of een Mantoux-test positief

☐ Ik bevestig hierbij dat hij een adequate tuberculostaticabehandeling kreeg

Met (toegediende anti-tuberculose behandeling)

Sinds / / (datum van aanvang)

Gedurende: weken (duur van de behandeling)

☐ Ik bevestig bijgevolg de huidige afwezigheid van evolutieve tuberculose bij deze rechthebbende

☐ Ik bevestig hierbij dat wegens vermoeden van latente TBC de nodige profylactische maatregelen ter voorkoming van reactivatie bij latente tuberculose gevolgd worden.

VI - Identificatie van de arts -specialist in punt II hierboven vermeld

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (naam)

□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (voornaam)

1-000000-00-0000 (RIZIV Nr.)

uu / uu / uuuuu (Datum)

--

(STEMPEL)

(HANDTEKENING VAN DE arts)