

C'EST QUOI ?

Un programme restreint d'éducation et d'autogestion (PREA) est un programme initié par le médecin généraliste - pour 1 an - dans lequel :

- ◇ il dispense lui-même l'éducation
- ◇ le patient a droit à du matériel d'autogestion entièrement remboursé.

POUR QUI ?

- ◇ Patient atteint du diabète de type 2 pour qui un traitement par incrétinomimétique injectable ou par insuline débute ou a débuté (à raison d'une seule injection quotidienne)
- ◇ Posséder un dossier médical global (DMG) chez son médecin généraliste.

QUELS AVANTAGES ?

- ◇ Le patient bénéficie uniquement de la gratuité du matériel d'autocontrôle (1 glucomètre, 100 tiges et 100 lancettes pour un an).

QUE FAIT LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ?

- ◇ Il prescrit les consultations de diététique et de podologie (mention "Programme Restreint Education et Autogestion")
- ◇ Il prescrit le matériel d'autocontrôle
- ◇ Il assure lui-même l'éducation.

MODÈLES DE PRESCRIPTION POUR LE MATÉRIEL

1. Prescription pour 1 an :

Nom et prénom du prescripteur	
A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR	
Nom et prénom du bénéficiaire	
Remarque à la signature du coordinateur	BZ
Glucomètre 2 x 50 tiges 100 lancettes	
« PROGRAMME RESTREINT »	
Cachet du prescripteur	Date et signature du prescripteur
Délivré à partir de la date précisée ou par défaut	
PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS	

2. Renouvellement du matériel chaque année :

Nom et prénom du prescripteur	
A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR	
Nom et prénom du bénéficiaire	
Remarque à la signature du coordinateur	BZ
2 x 50 tiges 100 lancettes	
« PROGRAMME RESTREINT D'ÉDUCATION ET D'AUTOGESTION »	
ou PREA	
Cachet du prescripteur	Date et signature du prescripteur
Délivré à partir de la date précisée ou par défaut	
PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS	

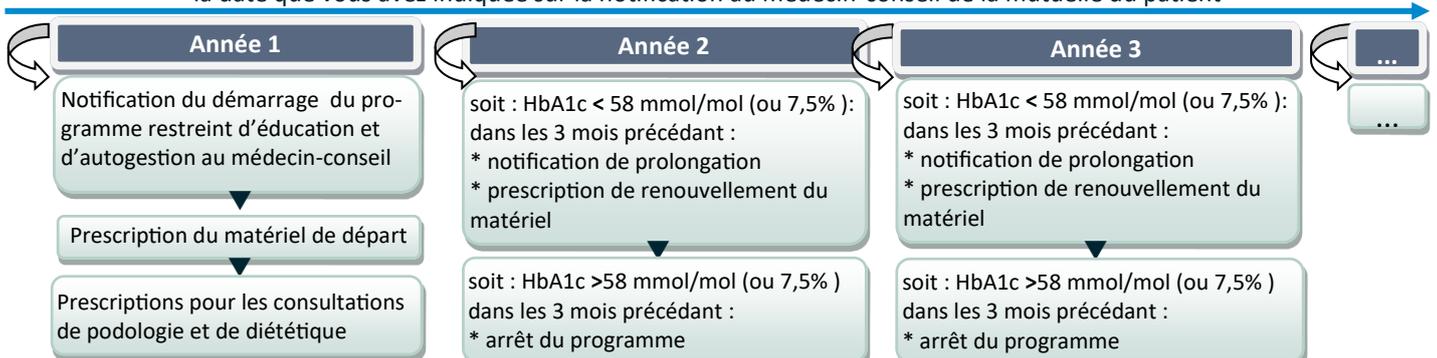
Si HbA1c < 58mmol/mol (ou 7,5%)

3. Renouvellement du glucomètre après 3 ans :

Nom et prénom du prescripteur	
A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR	
Nom et prénom du bénéficiaire	
Remarque à la signature du coordinateur	BZ
2 x 50 tiges 100 lancettes ET glucomètre	
« PROGRAMME RESTREINT D'ÉDUCATION ET D'AUTOGESTION »	
ou PREA	
Cachet du prescripteur	Date et signature du prescripteur
Délivré à partir de la date précisée ou par défaut	
PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS	

Point de départ du programme restreint d'éducation et d'autogestion - diabète type 2 :

la date que vous avez indiquée sur la notification au médecin-conseil de la mutuelle du patient



COMMENT PROCÉDER ?

- ◇ Le médecin généraliste notifie le début du PREA au médecin-conseil à l'aide du formulaire adéquat.

Pour obtenir des exemplaires de la notification du PREA :

- › téléchargez-les directement sur notre site : www.rmlb.be
- › contactez notre helpdesk téléphonique: 02/375.12.97

NOTIFICATION D'UN PROGRAMME RESTREINT POUR LE CONTRÔLE DE LA GLYCÉMIE CHEZ UN PATIENT ATTEINT DU DIABÈTE DE TYPE 2							
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Vignette de la mutualité du patient </div>							
<p>Je soussigné Dr (nom et prénom)</p> <p>..... (numéro d'identification INAMI)</p> <p>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).</p> <p>Je confirme que le patient suit un traitement par incrétinomimétique injectable ou qu'il reçoit une seule injection d'insuline par jour et qu'une éducation en diabétologie a été dispensée au patient.</p> <p>O J'ai démarré le programme le/..../.... (jj/mm/aaaa)</p> <p>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 %.</p> <p>Je tiens à votre disposition les données relatives à l'éducation en diabétologie et aux résultats de HbA1c du patient.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%; border: none;">Nom</td> <td style="width: 40%; border: none;">Date et signature</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">.....</td> <td style="border: none;">.....</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">.....</td> <td style="border: none;">.....</td> </tr> </table> <p>Cachet</p> <p>.....</p> <p><small>* 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.</small></p>		Nom	Date et signature
Nom	Date et signature						
.....						
.....						
ENVOYER LE DOCUMENT SOUS PLI FERMÉ AU MÉDECIN-CONSEIL DE LA MUTUALITÉ							