



## PROGRAMME DE PREVENTION SECONDAIRE DES LOMBALGIES

Demande de candidature (à renvoyer à [preventiondos@fedris.be](mailto:preventiondos@fedris.be))

### 1. Coordonnées du centre

- 1.1. Nom : .....
- 1.2. Adresse : .....
- 1.3. Téléphone : .....
- 1.4. E-mail : .....
- 1.5. Spécialiste responsable : .....
- 1.6. Accréditation INAMI :  oui  non

### 2. Caractéristiques du centre

- 2.1. Nombre de **médecins spécialistes** en médecine physique : \_\_ \_\_
- 2.2. Nombre de **kinésithérapeutes** \_\_ \_\_
- 2.3. Nombre d'**ergonomes** \_\_ \_\_
- 2.4. Nombre de **psychologues** (intra- ou extra muros) : \_\_ \_\_
- 2.5. Ecole du dos ?  OUI  NON Depuis l'année \_\_ \_\_ \_\_ \_\_
- 2.6. **Horaire** (jours et heures où les patients peuvent suivre le programme de réadaptation)

Lundi matin : ..... : ..... après-midi : ..... : .....

Mardi matin : ..... : ..... après-midi : ..... : .....

Mercredi matin : ..... : ..... après-midi : ..... : .....

Jeudi matin : ..... : ..... après-midi : ..... : .....

Vendredi matin : ..... : ..... après-midi : ..... : .....

Samedi matin : ..... : ..... après-midi : ..... : .....

#### 2.7. Echelles employées

Oswestry:  OUI  NON

Roland:  OUI  NON

Tampa:  OUI  NON

Autres (mesures de dépression, mesures de kinésiophobie...) : .....

.....

2.8. Instruments importants : .....

.....

.....

### 3. Expérience par rapport au programme de réadaptation

3.1. Nombre de patients pris en charge par an pour la nomenclature 558994 : .....

3.2. Nombre de prestations 558994 par an : .....

### 4. Convention

4.1. Prêt à conclure une convention avec Fedris :  OUI  NON

*Les autres informations importantes concernant le centre sont à joindre en annexe.*

**SIGNATURE DU RESPONSABLE DU CENTRE**

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_

---

### RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Evaluation sur place : .....

.....

.....

Remarques : .....

.....

.....

.....

.....

.....

**ACCEPTER**

**NE PAS ACCEPTER**