



#### 4. Documents médicaux

- < Ajoutez tous les documents médicaux disponibles qui confirment le diagnostic.
- < Les "documents à joindre" sont indispensables pour entamer l'examen de la demande. De plus, si les autres documents ("si disponible") sont joints, il pourra en résulter une décision plus rapide.
- < Les clichés médicaux qui ont été réalisés digitalement doivent être transmis par un lien internet sécurisé ou sur cd-rom (format dicom).

Affection	Documents à joindre	Si disponible
- asbestose - épaissements pleuraux diffus bilatéraux	- rapport du pneumologue - CT-scan du thorax (clichés et protocole) - examen fonctionnel respiratoire (tracés et protocole)	- analyse minéralogique du tissu pulmonaire ou du liquide de lavage broncho-alvéolaire - rapport anatomopathologique
- mésothéliome	- rapport du spécialiste - rapport anatomopathologique	- CT-scan (clichés et protocole) - coupes histologiques, un bloc en paraffine
- cancer du poumon - cancer du larynx	- rapport du spécialiste - rapport anatomopathologique	- CT-scan (clichés et protocole) - 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**