

## Annexe 93

### **PRESCRIPTION MEDICALE pour du matériel de stomie (art. 27)**

*(à compléter par stomie/fistule)*

#### **1. Identification du bénéficiaire (ou vignette de la mutualité)**

Nom et prénom du bénéficiaire: .....

Adresse: .....

Numéro d'Identification à la Sécurité Sociale: .....-.....-.....

Nom ou numéro de la mutualité: .....

#### **2. Motivation médicale**

- Nouvelle stomie créée, date de l'opération: ...../...../.....
- Stomie existante
- Réopération de la stomie existante, date de l'opération: ...../ ...../.....
  
- Date de l'apparition de la fistule: ...../...../.....
- Fistule existante

Type de stomie	Convexe/concave	Situation exceptionnelle	Cochez ce qui est d'application
<i>Système digestif</i> <input type="checkbox"/> colostomie	non	non	<input type="checkbox"/>
		oui	<input type="checkbox"/>
	oui	non	<input type="checkbox"/>
		oui	<input type="checkbox"/>
<i>Système digestif</i> <input type="checkbox"/> iléostomie <input type="checkbox"/> fistule <input type="checkbox"/> autre stomie	non	non	<input type="checkbox"/>
		oui	<input type="checkbox"/>
	oui	non	<input type="checkbox"/>
		oui	<input type="checkbox"/>
<i>Système urinaire</i> <input type="checkbox"/> urostomie <input type="checkbox"/> cystostomie <input type="checkbox"/> fistule <input type="checkbox"/> autre stomie	non	non	<input type="checkbox"/>
		oui	<input type="checkbox"/>
	oui	non	<input type="checkbox"/>
		oui	<input type="checkbox"/>

**Motivation pour l'utilisation de systèmes convexes/concaves:**

.....  
 .....  
 .....

Première fois  
 du mois de ..... / ..... au mois de ..... / ..... inclus (max 12 mois)

Prolongation  
 du mois de ..... / ..... au mois de ..... / ..... inclus (max 12 mois)

**Motivation pour une situation exceptionnelle:**

Problèmes exceptionnels sur le plan clinique et/ou relatifs aux caractéristiques de la stomie ou de la fistule comme le type, la forme et la localisation.

Description:.....  
 .....

Augmentation anormale des excréments suite à une modification de consistance, fréquence ou de volumes de celles-ci.

Description:.....  
 .....

Problèmes exceptionnels au niveau des caractéristiques physiques ou des caractéristiques cutanées de la stomie ou de la fistule, comme la sensibilité, la prédisposition allergique et l'humidité de la peau.

Description:.....  
 .....

Première fois  
 du mois de ..... / ..... au mois de ..... / ..... inclus (max 6 mois)

Prolongation  
 du mois de ..... / ..... au mois de ..... / ..... inclus (max 24 mois)

**Systemes d'irrigation**

<input type="checkbox"/> Premier set d'irrigation manuelle
<input type="checkbox"/> Première pompe d'irrigation

**3. Identification du médecin prescripteur**

Nom et prénom:
Numéro INAMI:
Date .... / .... / .....
Signature du médecin prescripteur: