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*
Système digestif ☐ colostomie	non	non	☐
		oui	☐
	oui	non	☐
		oui	☐
Système digestif ☐ iléostomie ☐ fistule ☐ autre stomie	non	non	☐
		oui	☐
	oui	non	☐
		oui	☐
Système urinaire ☐ urostomie ☐ cystostomie ☐ fistule ☐ autre stomie	non	non	☐
		oui	☐
	oui	non	☐
		oui	☐

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 excrétions 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)

Systèmes d'irrigation

☐ Premier set d'irrigation manuelle
☐ Première pompe d'irrigation

3. Identification du médecin prescripteur

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