

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: