**Annexe 94A**

**PRESCRIPTION MEDICALE pour bas élastiques thérapeutiques pour la jambe (art. 27)**

**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: ………………………………………………..

Le médecin soussigné déclare que l’indication médicale visée à l’art 27, §12bis de la nomenclature est respectée et que la justification de ce diagnostic est conservée dans le dossier médical du bénéficiaire.

**Motivation médicale**

□ Indications pour les bas élastiques thérapeutiques pour la jambe du sous-groupe 1, à savoir :

- lymphœdème uni- ou bilatéral après évidement ganglionnaire inguinal ou du petit bassin

- lymphœdème après traitement par rayon de la région inguinale

- lymphœdème primaire chronique héréditaire

- malformation vasculaire congénitale

□ Indications pour les bas élastiques thérapeutiques pour la jambe du sous-groupe 2, à savoir :

- prévention d’ulcère veineux récidivant en cas d’insuffisance veineuse chronique

- présence d’une thrombose veineuse profonde objectivée

- présence d’un syndrome post-thrombotique objectivé

**Localisation, classe de compression nécessaire et type de bas :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bas pour la jambe** | **Gauche****(quantité)** | **Classe de compression** | **Droite****(quantité)** | **Classe de compression** |
| **II[[1]](#footnote-1)** | **III** | **IV** | **II[[2]](#footnote-2)** | **III** | **IV** |
| □ Bas jarret (AD) |   |   |   |   |   |   |   |   |
| □ Bas cuisse (AG / AG-T) |   |   |   |   |   |   |   |   |
| □ Collant (AT / monoAT) |   |   |   |   |   |   |   |   |
| □ Pantalon de compression[[3]](#footnote-3) (FT) |  |  |  |  |  |  |  |  |

Remarques éventuelles :

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Identification du médecin prescripteur[[4]](#footnote-4)**

Nom et prénom:

Numéro INAMI:

Date …./…../…………

Signature du médecin prescripteur:

1. *Uniquement pour les bénéficiaires jusqu'au 15ème anniversaire.* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Uniquement pour les bénéficiaires jusqu'au 15ème anniversaire.* [↑](#footnote-ref-2)
3. *Uniquement pour le sous-groupe 1.* [↑](#footnote-ref-3)
4. *Lors de la première délivrance, les bas élastiques thérapeutiques pour la jambe du sous-groupe 1 doivent être prescrits par un médecin-spécialiste dont il est question au § 12bis, 2., a), de l’article 27 de la nomenclature.* [↑](#footnote-ref-4)