**Annexe 93**

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

***(à compléter par stomie/fistule)***

**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: ………………………………………………..

**PARTIE I : A compléter par le médecin prescripteur**

**I.1. Motivation médicale**

|  |  |
| --- | --- |
| **Stomie** | **Fistule** |
| □ Nouvelle stomie créée, date de l’opération:  …../……/………  □ Stomie existante  □ Réopération de la stomie existante, date de l’opération: ……/ ……/……  □ Nombre de stomies: …… | □ Date de l’apparition de la fistule:  ……/……/……….  □ Fistule existante  □ Nombre de fistules: …… |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Type de stomie/fistule :** (*Ne cocher qu’UNE seule case)* | |
| ***Système digestif***  **□** colostomie  **□** iléostomie  **□** autre stomie [[1]](#footnote-1)  **□** fistule | ***Système urinaire***  **□** urostomie  **□** cystostomie (e.a. cathétérisme sus-pubien)  **□** autre stomie (e.a. néphrostomie)  **□** fistule |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Système d’irrigation :***(* en cas de stomie, si d’application*)* | |
| **□** Premier set d’irrigation manuelle | **□** Première pompe d’irrigation |

|  |
| --- |
| 1. **Systèmes convexes/concaves :** |
| **L’utilisation de systèmes convexes ou concaves est-elle médicalement justifiée ?**  **□** Oui, la stomie est à fleur de peau/rétractée/située dans les replis de la peau  **□** Oui, une protubérance de la peau (due à une hernie, une éventration ou l’obésité) entoure la stomie  **□**Non  **Durée**: …………. mois *(max.12 mois pour une première fois ou max. 36 mois pour un renouvellement)* |

|  |
| --- |
| 1. **Situations exceptionnelles :** |
| **Le patient est-il en situation exceptionnelle ?**  **□** Oui, en raison de 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 :***………………………………………………………………………………………………………………***   ***……………………………………………………………………………………………………………………………………***  **□** Oui, en raison d’une augmentation anormale des excrétions suite à une modification de consistance, fréquence ou de volumes de celles-ci.   * Description :***………………………………………………………………………………………………………………***   ***……………………………………………………………………………………………………………………………………***  **□** Oui, en raison de 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 :***………………………………………………………………………………………………………………***   ***……………………………………………………………………………………………………………………………………***  **□** Non  **Durée**: …………. mois *(max.12 mois pour une première fois ou max. 36 mois pour un renouvellement)* |

**I.2. Identification du médecin prescripteur**

Nom et prénom:

Numéro INAMI:

Date …./…../…………

Signature du médecin prescripteur:

**PARTIE II : A compléter par le bandagiste agréé**

**II.1 Informations administratives**

En cas de stomies/fistules multiples : numéro d’ordre de l’appareillage ……./……

Date de la première délivrance en ambulatoire : …../…../…..

Si d’application, date de début de l’intervention pour systèmes convexes/concaves : …../…../…..

Si d’application, date de début de l’intervention pour situation exceptionnelle : …../…../…..

**II.2 Identification du bandagiste agréé**

Nom et prénom:

Numéro INAMI:

Date …./…../…………

Signature du bandagiste agréé:

1. *œsophagostomie, appendicostomie (malone), gastrostomie, jéjunostomie, stomie grêle court, caecostomie* [↑](#footnote-ref-1)