

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> ☐ colostomie	non	non	☐
		oui	☐
	oui	non	☐
		oui	☐
<i>Système digestif</i> ☐ iléostomie ☐ fistule ☐ autre stomie	non	non	☐
		oui	☐
	oui	non	☐
		oui	☐
<i>Système urinaire</i> ☐ 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 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)

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: