

Carnet du patient stomisé

Pour le suivi multidisciplinaire du patient et
de son matériel de stomie

Important!

Conservez bien ce carnet du patient et prenez le toujours avec vous à chaque contact avec un dispensateur de soins (médecin, pharmacien-bandagiste, bandagiste, stomathérapeute, infirmière à domicile,...)

Ce carnet doit être mis à jour par stomie/fistule ou par groupe de stomies/fistules proches qui peuvent être traitées avec la même poche/plaque/matériel.

Préambule

Pourquoi ce carnet ?

Ce carnet du patient a pour but de vous aider à gérer votre matériel de stomie et constitue un moyen de communication essentiel entre les différents prestataires de soins impliqués dans le soin de votre stomie et la gestion de votre matériel de stomie. Via ce carnet, les prestataires de soins sont au courant des caractéristiques spécifiques de votre stomie et des changements éventuels qui peuvent survenir. Grâce à ce carnet, vous et votre (pharmacien-)bandagiste saurez toujours exactement à quels remboursements vous avez encore droit. Conservez-le donc soigneusement

Comment l'utiliser ?

Il est important que vous ayez votre carnet du patient avec vous lors de tout contact avec un prestataire de soins (médecin, pharmacien-bandagiste, bandagiste, stomathérapeute, infirmier à domicile, ...). Si votre carnet est toujours complet, vous contribuerez à la gestion optimale de votre matériel de stomie et de vos remboursements. À chaque visite, le prestataire de soins remplira les informations nécessaires et, le cas échéant, joindra les attestations de délivrance des produits qu'il ou elle vous a délivrés.

Données administratives du patient et ses dispensateurs de soins:**A remplir en lettres majuscules s.v.p.**

*: à remplir obligatoirement

**: à remplir si connu

DONNEES PERSONNELLES DU PATIENT *

Nom:.....
 Prénom:
 NISS:
 Adresse : N° : BP:.....
 Code postal : Localité :
 Téléphone: Gsm:
 E-mail:

INFORMATIONS RELATIVES A LA STOMIE/FISTULE *

Date de l'intervention :/.../.....

Système digestif

- Colostomie
 Iléostomie
 fistule
 autre stomie

Système urinaire

- Urostomie (Type:)
 Cystostomie
 Fistule
 Autre stomie

Systèmes convexes/concaves

 Oui / Non

Situation exceptionnelle

 Oui / Non

Irrigation du Colon :

 Possible Impossible Apprise**CHOIX DU MATERIEL A LA SORTIE DE L'HÔPITAL ***

Marque :

Type :

Numéro de référence :

Marque :

Type :

Numéro de référence :

Produits associés : Pâte Poudre Ceinture Autre:

Date de sortie de l'hôpital :/.../.....

Date de la 1ère délivrance ambulatoire :/.../.....

DISPENSATEURS DE SOINS

Nom du médecin traitant **: tél.:

Hôpital où a eu lieu l'intervention **: tél.:

Adresse de l'hôpital **:

Nom du chirurgien traitant **: tél.:

Nom de l'interne traitant **: tél.:

Nom du bandagiste/pharmacien-bandagiste * : tél.:

Soins à domicile **: tél.:

Nom de l'infirmier stomathérapeute de référence **: tél.:

Les pages suivantes servent à suivre le budget par stomie/fistule ou par groupe de stomies/fistules proches qui peuvent être traitées avec la même poche/plaque/matériel.

En cas d'hospitalisation, cela doit être également mentionné.

Recommandation de soin - Matériel recommandé

Date	Observations	Matériel recommandé

Prescriptions*Veillez joindre les prescriptions*

Durée de validité		Type (de base, convexe/concave, situation exceptionnelle)
Du	Au*	

**si applicable*

Budget du patient**Premier trimestre**

Veuillez joindre les attestations de délivrance

Date de la 1ère délivrance ambul. / /

Période d'intervention de l'assurance	
Du	Au

Interventions possibles	Montant du budget max.: €.....
O 655336	
O 655373	
O 655454	
O 655491	
O 655572	
O 655631	

n°	Date de délivrance	Budget utilisé	Budget restant
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Contacts sans délivrance	Date

Période d'une éventuelle nouvelle hospitalisation

Du

Au

Remarques d'autres dispensateurs de soins :

Budget du patient

Deuxième trimestre

Veuillez joindre les attestations de délivrance

Période d'intervention de l'assurance	
Du	Au

Interventions possibles	Montant du budget max.:€.....
O 655351	
O 655432	
O 655476	
O 655550	
O 655594	
O 655653	
O 655675	
O 655896	
O 655911	
O 655933	
O 655955	
O 655970	

n°	Date de délivrance	Budget utilisé	Budget restant
	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		
	8		
	9		
	10		

Contacts sans délivrance	Date
--------------------------	------

Période d'une éventuelle nouvelle hospitalisation

Du

Au

Remarques d'autres dispensateurs de soins :

Budget du patient

Troisième trimestre

Veillez joindre les attestations de délivrance

<i>Période d'intervention de l'assurance</i>	
<i>Du</i>	<i>Au</i>

<i>Interventions possibles</i>	<i>Montant du budget max.:€.....</i>
O 655351	
O 655432	
O 655476	
O 655550	
O 655594	
O 655653	
O 655675	
O 655896	
O 655911	
O 655933	
O 655955	
O 655970	

n°	Date de délivrance	Budget utilisé	Budget restant
	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		
	8		
	9		
	10		

Contacts sans délivrance	Date
--------------------------	------

Période d'une éventuelle nouvelle hospitalisation

Du

Au

Remarques d'autres dispensateurs de soins :

Budget du patient

..... Trimestre

Veuillez joindre les attestations de délivrance

<i>Période d'intervention de l'assurance</i>	
<i>Du</i>	<i>Au</i>

<i>Interventions possibles</i>	<i>Montant du budget max.:€.....</i>
O 655351	
O 655432	
O 655476	
O 655550	
O 655594	
O 655653	
O 655675	
O 655896	
O 655911	
O 655933	
O 655955	
O 655970	

n°	Date de délivrance	Budget utilisé	Budget restant
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Contacts sans délivrance	Date
--------------------------	------