

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: **Bonamie Karel**Adresse: **Kapellestraat 14-9880 Aalter**Numéro d'Identification à la Sécurité Sociale: **56100135610**Nom ou numéro de la mutualité: **CM - 106.****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
Système digestif ☐ colostomie	non	non	☐
		oui	☐
	oui	non	☐
		oui	☐
Système digestif ☐ iléostomie ☐ fistule ☐ autre stomie	non	non	☐
		oui	☐
	oui	non	☐
		oui	☐
Système urinaire ☒ 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: **De Coninck Herman**

Numéro INAMI: **10337256008**

Date **15/03/2021**

Signature du médecin prescripteur: