

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

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: **Jagger**

Prénom: **Mick**

NISS: **50042939903**

Adresse : **Verhavertstraat**

N° : **98**

BP:.....

Code postal : **1500**

Localité : **Halle**

Téléphone:

Gsm:

E-mail:

INFORMATIONS RELATIVES A LA STOMIE/FISTULE *

Date de l'intervention: **07/10/2021**

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 : **COLOPLAST**

Type : **ALTERNA P/O MIDI TRANSP HIDE-AWAY 12-65MM 30 13830**

Numéro de référence : **13830**

Marque :

Type :

Numéro de référence :

Produits associés : **Pâte**

Poudre

Ceinture

Autre:

Date de sortie de l'hôpital : **13/10/2021**

Date de la 1ère délivrance ambulatoire : **14/10/2021**

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 * : **APR STRAETMANS KOEN**

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 |
|------------|--------------|---|
| 13/10/2021 | | Coloplast Alterna® Free poches ouvertes transparent midi REF 13830-diamètre 12-65 mm Brava pasta tube |

Prescriptions

Veillez joindre les prescriptions

| Durée de validité | | Type (de base, convexe/concave, situation exceptionnelle) |
|-------------------|------------|---|
| Du | Au* | |
| 14/10/2021 | 14/01/2022 | Basis |

**si applicable*

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

Budget du patient

Premier trimestre

Veillez joindre les attestations de délivrance

Date de la 1ère délivrance ambul. **14/10/2021**

| Période d'intervention de l'assurance | |
|---------------------------------------|-------------------|
| Du | Au |
| 1/10/2021 | 31/12/2021 |

| Interventions possibles | Montant du budget max.: € 698,20 |
|-------------------------|----------------------------------|
| O 655336 | |
| • 655373 | |
| O 655454 | |
| O 655491 | |
| O 655572 | |
| O 655631 | |

| n° | Date de délivrance | Budget utilisé | Budget restant |
|----|--------------------|-----------------|-----------------|
| 1 | 14/10/2021 | 133,69 € | 564,51 € |
| 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 :

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

Budget du patient

Deuxième 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 :

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

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 :

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

Budget du patient

..... Trimestre

Veillez joindre les attestations de délivrance

| Période d'intervention de l'assurance | |
|---------------------------------------|----|
| Du | Au |
| | |

| Interventions possibles | Montant du budget max.:€..... |
|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 655351 | |
| <input type="checkbox"/> 655432 | |
| <input type="checkbox"/> 655476 | |
| <input type="checkbox"/> 655550 | |
| <input type="checkbox"/> 655594 | |
| <input type="checkbox"/> 655653 | |
| <input type="checkbox"/> 655675 | |
| <input type="checkbox"/> 655896 | |
| <input type="checkbox"/> 655911 | |
| <input type="checkbox"/> 655933 | |
| <input type="checkbox"/> 655955 | |
| <input type="checkbox"/> 655970 | |

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

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