

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
2/11/2021	augmentation anormale de l'excrétion due à une modification de la consistance, de la fréquence ou du volume	Brava elastic tape ceinture ref 12072



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
<input type="radio"/> 655336	
<input checked="" type="radio"/> 655373	
<input type="radio"/> 655454	
<input type="radio"/> 655491	
<input type="radio"/> 655572	
<input type="radio"/> 655631	

n°	Date de délivrance	Budget utilisé	Budget restant
1	14/10/2021	133,69 €	564,51 €
2	20/10/2021	17,28 €	547,23 €
3	2/11/2021	26,60 €	520,63 €
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	

<b>n°</b>	<b>Date de délivrance</b>	<b>Budget utilisé</b>	<b>Budget restant</b>
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	

<b>n°</b>	<b>Date de délivrance</b>	<b>Budget utilisé</b>	<b>Budget restant</b>
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
--------------------------	------