

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: **Bonamie**

Prénom: **Karel**

NISS: **56100135610**

Adresse : **Kapellestraat**

N° : **14**

BP:.....

Code postal : **9880**

Localité : **Aalter**

Téléphone:

Gsm:

E-mail:

INFORMATIONS RELATIVES A LA STOMIE/FISTULE *

Date de l'intervention: **27/09/2019**

Système digestif

☐ Colostomie

☐ Iléostomie

☐ fistule

☐ autre stomie

Système urinaire

☒ Urostomie (Type: **Bricker**)

☐ 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 : **Hollister**

Type : **CONFORM 2 FLAT URO MIDI BEIGE 45MM 10 24790**

Numéro de référence : **24790**

Marque :

Type :

Numéro de référence :

Produits associés : ☒ **Pâte**

☐ Poudre

☐ Ceinture

☐ Autre:

Date de sortie de l'hôpital : **01/10/2019**

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

DISPENSATEURS DE SOINS

Nom du médecin traitant **: **Schrijvers Ignace**

tél.: **09/2213344**

Hôpital où a eu lieu l'intervention **: **UZGent**

tél.:

Adresse de l'hôpital **: **C. Heymanslaan 10 9000 Gent**

Nom du chirurgien traitant **: **Prof. De Coninck**

tél.:

Nom de l'interne traitant **: **Prof. Deraadt**

tél.:

Nom du bandagiste/pharmacien-bandagiste * : **Verschelden Aalter**

tél.: **09/230 55 00**

Soins à domicile **: **Inge Vanschelstraete**

tél.: **0486 608433**

Nom de l'infirmier stomathérapeute de référence **: **Chantal Tielemans**

tél.: **0486 608433**

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
15/03/2021		HOLLISTER ADAPT CEINTURE 66-109CM MEDIUM 1 7300 CONFORM 2 CERAPLUS PROT.CUTANE PLAT 13-30 AN45 5 CONFORM 2 FLAT URO MIDI BEIGE 45MM 10 24790 HOLLISTER ADAPT CERARING THIN 48MM 10 8815 HOLLISTER POCHE JAMBE 800ML + TUBE 50CM 10 9653 1750124 - HOLLISTER NIGHT BAG URO 2L TUBE 120CM 10 5550

Prescriptions

Veillez joindre les prescriptions

Durée de validité		Type (de base, convexe/concave, situation exceptionnelle)
Du	Au*	
15/03/2021	15/06/2021	Base

**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.

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 :

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

Période d'intervention de l'assurance	
Du	Au
1/04/2021	30/06/2021

Interventions possibles	Montant du budget max.: € 627,73
☐ 655351	
☐ 655432	
☒ 655476	
☐ 655550	
☐ 655594	
☐ 655653	
☐ 655675	
☐ 655896	
☐ 655911	
☐ 655933	
☐ 655955	
☐ 655970	

n°	Date de délivrance	Budget utilisé	Budget restant
1	7/04/2021	226,26 €	401,47 €
2	25/04/2021	154,26 €	247,21 €
3	27/05/2021	269,31 €	-22,10 €
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

Période d'intervention de l'assurance	
Du	Au

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

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

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