

## Annexe 93

### **PRESCRIPTION MEDICALE pour du matériel de stomie (art. 27)**

*(à compléter par stomie/fistule)*

#### **Identification du bénéficiaire (ou vignette de la mutualité)**

Nom et prénom du bénéficiaire: .....

Adresse: .....

Numéro d'Identification à la Sécurité Sociale: .....-.....-.....

Nom ou numéro de la mutualité: .....

#### **PARTIE I : A compléter par le médecin prescripteur**

##### **I.1. Motivation médicale**

<b>Stomie</b>	<b>Fistule</b>
<input type="checkbox"/> Nouvelle stomie créée, date de l'opération: ...../...../.....	<input type="checkbox"/> Date de l'apparition de la fistule: ...../...../.....
<input type="checkbox"/> Stomie existante	<input type="checkbox"/> Fistule existante
<input type="checkbox"/> Réopération de la stomie existante, date de l'opération: ...../...../.....	<input type="checkbox"/> Nombre de fistules: .....
<input type="checkbox"/> Nombre de stomies: .....	

#### **a. Type de stomie/fistule : (Ne cocher qu'UNE seule case)**

<b><i>Systeme digestif</i></b>	<b><i>Systeme urinaire</i></b>
<input type="checkbox"/> colostomie <input type="checkbox"/> iléostomie <input type="checkbox"/> autre stomie <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> fistule	<input type="checkbox"/> urostomie <input type="checkbox"/> cystostomie (e.a. cathétérisme sus-pubien) <input type="checkbox"/> autre stomie (e.a. néphrostomie) <input type="checkbox"/> fistule

#### **b. Système d'irrigation : ( en cas de stomie, si d'application)**

<input type="checkbox"/> Premier set d'irrigation manuelle	<input type="checkbox"/> Première pompe d'irrigation
--	--

#### **c. Systèmes convexes/concaves :**

##### **L'utilisation de systèmes convexes ou concaves est-elle médicalement justifiée ?**

- Oui, la stomie est à fleur de peau/rétractée/située dans les replis de la peau  
 Oui, une protubérance de la peau (due à une hernie, une éventration ou l'obésité) entoure la stomie  
 Non

**Durée :** ..... mois (*max.12 mois pour une première fois ou max. 36 mois pour un renouvellement*)

<sup>1</sup> œsophagostomie, appendicostomie (malone), gastrostomie, jéjunostomie, stomie grêle court, caecostomie

**d. Situations exceptionnelles :****Le patient est-il en situation exceptionnelle ?**

Oui, en raison de 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 :.....  
.....

Oui, en raison d'une augmentation anormale des excréments suite à une modification de consistance, fréquence ou de volumes de celles-ci.

→ Description :.....  
.....

Oui, en raison de 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 :.....  
.....

Non

**Durée :** ..... mois (*max.12 mois pour une première fois ou max. 36 mois pour un renouvellement*)

**I.2. Identification du médecin prescripteur**

Nom et prénom:

Numéro INAMI:

Date .... / ..... / .....

Signature du médecin prescripteur:

**PARTIE II : A compléter par le bandagiste agréé****II.1 Informations administratives**

En cas de stomies/fistules multiples : numéro d'ordre de l'appareillage ..... / .....

Date de la première délivrance en ambulatoire : ..... / ..... / .....

Si d'application, date de début de l'intervention pour systèmes convexes/concaves : ..... / ..... / .....

Si d'application, date de début de l'intervention pour situation exceptionnelle : ..... / ..... / .....

**II.2 Identification du bandagiste agréé**

Nom et prénom:

Numéro INAMI:

Date .... / ..... / .....

Signature du bandagiste agréé: