

ANNEXE

B81) Formulaire de demande de remboursement pour le traitement des troubles colorectaux d'origine neurologique par irrigation transanale.**Médecin prescripteur**

- ☐ Gastro-entérologue.
☐ Chirurgien (spécialiste en chirurgie colorectale).
☐ Neurologue.
☐ Pédiatrie.
☐ Spécialiste en médecine physique et de réadaptation

☐ Autre :

Nom et prénom du médecin:

N° INAMI du médecin:

Adresse Email :

Téléphone (secrétariat du service) :

Identification du bénéficiaire

Nom :

Prénom :

Numéro d'identification au Registre National :

Date de naissance :

Organisme assureur :

Affection neurologique du patient

- ☐ lésion médullaire

☐ sclérose en plaques

☐ spina Bifida

Type de demande

Première demande ☐ oui ☐ non

Premier renouvellement ☐ oui ☐ non

2. Détermination du degré de sévérité des troubles colorectaux

1.1. Calcul du score fonctionnel NBD [Krogh K et al. (2006) Neurogenic bowel dysfunction score]

Critères évalués	Valeur	Score du patient
Avec quelle fréquence allez-vous à la selle ?		
Chaque jour	0	
2 à 6 fois par semaine	1	
Moins d'une fois par semaine	6	
Quel temps passer vous en moyenne aux toilettes à chaque fois?		
Moins de 30 minutes	0	
De 30 à 60 minutes	3	
Plus d'une heure	7	
Ressentez-vous une sensation de malaise, mal à la tête ou transpirez-vous au moment de la défécation ?		
Non	0	
Oui	2	
Prenez-vous des médicaments en comprimés pour la constipation ?		
Non	0	
Oui	2	
Prenez-vous des médicaments en sachet/poudre pour la constipation ?		
Non	0	
Oui	2	
Avez-vous besoin de mettre le doigt dans l'anus pour aller à la selle ?		
Moins d'une fois par semaine	0	
Plus d'une fois par semaine	6	
Avez-vous des pertes incontrôlées de selles par l'anus ?		
Moins d'une fois par semaine	0	
1 à 4 fois par mois	6	
1 à 6 fois par semaine	7	
Au moins chaque jour	13	
Prenez-vous des médicaments pour l'incontinence ?		
Non	0	
Oui	4	
Avez-vous des pertes incontrôlées de gaz ?		
Non	0	
Oui	2	
Avez-vous des problèmes de peau autour de votre anus ?		
Non		
Oui	0	
	3	
SCORE NBD TOTAL		

1.2. Durée des troubles colorectaux :moisannées

1.3. Thérapie(s) déjà prescrite(s) :

- Lavement☐
- Médication☐
- Diète☐
- Autre☐.....

2. Discussion thérapeutique

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Engagements

Le médecin prescripteur déclare que le bénéficiaire susmentionné satisfait aux conditions suivantes :

- Troubles colorectaux démontrés sur base d'un agenda depuis plus de trois mois : ☐ oui ☐ non
- Effet insuffisant (échec) des traitements médicaux ☐ oui ☐ non
- Effet insuffisant de la thérapie de rééducation pelvi-périnéale ☐ oui ☐ non
- Pas de maladie intestinale chronique ☐ oui ☐ non
- Pas de contre-indications (anatomiques ou pas) connues telles que : ☐ oui ☐ non
 - Sténose colorectale ou anale.
 - Cancer colorectal.
 - Pathologie inflammatoire aiguë de l'intestin (IBD, diverticulite, maladie diverticulaire colique compliquée, colite ischémique, ...)
 - Chirurgie abdominale ou anale récente (< 3mois).
 - Enfants de moins de 3 ans et femmes enceintes.

Fait à (lieu)

le (date)/...../.....

Nom, prénom, signature et cachet du médecin :