

B91) Formulaire de demande de remboursement pour le traitement des troubles colorectaux d'origine non-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 :

Type de demande

Première demande ☐ oui ☐ non

Premier renouvellement ☐ oui ☐ non

1. Détermination du degré de sévérité des troubles colorectaux**1.1. Patients avec un Syndrome sévère de Résection Antérieure Basse (« patients LARS »).****1.1.1. Calcul du score LARS (Emmertsen KJ et al. 2012)**

Critères évalués	Valeur	Score du patient
Vous arrive-t-il d'avoir un gaz qui s'échappe alors que vous vouliez le retenir ?		
Non, jamais	0	
Oui, moins d'une fois par semaine	4	
Oui, au moins une fois par semaine	7	
Avez-vous des fuites accidentelles de selles liquides ?		
Non, jamais	0	
Oui, moins d'une fois par semaine	3	
Oui, au moins une fois par semaine	3	
Combien de fois par jour allez-vous aux toilettes pour évacuer des selles ?		
Plus de 7 fois par jour	4	
4 à 7 fois par jour	2	
1 à 3 fois par jour	0	
Moins d'une fois par jour	5	
Avez-vous besoin d'aller aux toilettes, puis d'y retourner moins d'une heure après ?		
Non, jamais	0	
Oui, moins d'une fois par semaine	9	
Oui, au moins une fois par semaine	11	
Avez-vous des besoins urgents qui vous obligent à courir aux toilettes ?		
Non, jamais	0	
Oui, moins d'une fois par semaine	11	
Oui, au moins une fois par semaine	16	
SCORE LARS TOTAL		

1.1.2. Date de l'opération de résection / /

1.1.3. Durée des troubles colorectaux :moisannées

1.1.4. 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 :

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 10 janvier 2024 modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1er, 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994