

BIJLAGE

B81) Aanvraag formulier voor terugbetaling voor de behandeling van colorectale aandoeningen van neurologische oorsprong door transanale irrigatiesysteem**Identificatie van de voorschrijvende arts**

- ☐ Gastro-enteroloog.
☐ Chirurg (arts-specialist in en colorectale chirurg).
☐ Neuroloog.
☐ Pediater.
☐ Specialist in fysisch geneeskunde en revalidatiearts.
☐ Ander:

Voor- en achternaam van de arts:

RIZIV-nummer van de arts:

E-mailadres:.....

Telefoon (secretariaat van de dienst):

Identificatie van de rechthebbende

Naam:.....

Voornaam:.....

Identificatienummer rijksregister:

Geboortedatum:.....

Mutualiteit:.....

Neurologische aandoening van de patiënt

- ☐ dwarslaesie.
☐ multiple sclérose.
☐ spina Bifida.

Type aanvraagEerste aanvraag ☐ ja ☐ neeEerste hernieuwing ☐ ja ☐ nee

1. Bepaling van het stadium van de ernst van de colorectale aandoening(en)

1.1. Berekening van de functionele NBD score ([Krogh K et al. (2006) Neurogenic bowel dysfunction score])

Beoordeeld criteria	waarde	patiënt score
Hoe vaak heb je een stoelgang ?		
Elke dag	0	
2 tot 6 keer per week	1	
minder dan 1 keer per week	6	
Hoeveel tijd breng je elke keer gemiddeld door op de WC?		
Minder dan 30 minuten	0	
30 tot 60 minuten	3	
Meer dan 1 uur	7	
Voelt u zich onwel, hoofdpijn of zweet u op het moment van ontlasting?		
Nee	0	
Ja	2	
Neemt u medicatie in tabletvorm tegen constipatie?		
Nee	0	
Ja	2	
Neemt u medicatie in zakjes/poedervorm voor constipatie?		
Nee	0	
Ja	2	
Moet je je vinger in je anus steken om ontlasting te hebben?		
minder dan 1 keer per week	0	
meer dan 1 keer per week	6	
Heb je ongecontroleerde ontlastingsverlies door de anus?		
minder dan 1 keer per week	0	
1 tot 4 keer per maand	6	
1 tot 4 keer per week	7	
Tenminste dagelijks	13	
Neemt u medicatie voor incontinentie?		
Nee	0	
Ja	4	
Heeft u ongecontroleerd gasverlies?		
Nee	0	
Ja	2	
Heeft u huidproblemen aan de anus?		
Nee		
Ja	0	
	3	
TOTALE NBD SCORE		

1.2. Duur van de colorectale aandoening :maandenjaren

1.3. Reeds voorgeschreven therapie(en):

- Lavement☐
- Medicatie☐
- Dieet☐
- Andere☐.....

2. Therapeutische geschiedenis

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Engagements

Ondergetekende verklaart dat bovenvermelde rechthebbende aan de volgende voorwaarden voldoet :

- Colorectale stoornissen aangetoond op basis van het bijhouden van een agenda over een periode meer dan drie maanden: ☐ ja ☐ nee
- Onvoldoende resultaat (falen) van medische behandelingen ☐ ja ☐ nee
- Onvoldoende resultaat van pelvi-perineale revalidatietherapie ☐ ja ☐ nee
- Geen chronische darmziekte ☐ ja ☐ nee
- Geen bekende contra-indicaties (anatomische of niet) zoals : ☐ ja ☐ nee
 - Gekende colorectale of anale stenose.
 - Colorectale kanker.
 - Acute inflammatoire pathologie van de darm (IBD, diverticulitis, gecompliceerde diverticulaire ziekte, ischemische colitis ...).
 - Recente buik- of anale operatie (< 3 maanden).
 - Kinderen jonger dan 3 jaar en zwangere vrouwen.

Gedaan te (locatie)

op (datum)/...../.....

Naam, voornaam, handtekening en stempel van de arts: