

B91) Aanvraag formulier voor de terugbetaling voor de behandeling van colorectale aandoeningen van niet 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:.....

Type aanvraag

Eerste aanvraag ☐ ja ☐ nee

Eerste hernieuwing ☐ ja ☐ nee

1. Bepaling van het stadium van de ernst van de colorectale aandoeningen**1.1. Patiënten met een ernstig Syndroom van Lagere Anterieur Resectie (« LARS patiënten»).****1.1.1. Berekening van de functionele LARS score (Emmertsen KJ et al. 2012)**

Beoordeeld criteria	waarde	patiënt score
Bent u weleens in de situatie geweest dat u geen controle had over uw winderigheid?		
Nee, nooit	0	
Ja, minder dan 1 keer per week	4	
Ja, minstens 1 keer per week	7	
Heeft u wel last van ongewenste lekkage van dunne ontlasting ?		
Nee, nooit	0	
Ja, minder dan 1 keer per week	3	
Ja, minstens 1 keer per week	3	
Hoe vaak gaat u naar het toilet voor ontlasting?		
Meer dan 7 keer per dag (24 uur)	4	
4-7 keer per dag (24 uur)	2	
1-3 keer per dag (24 uur)	0	
Minder dan 1 keer per dag (24 uur)	5	
Als u ontlasting heeft gehad, moet u dan wel eens binnen het uur nog een keer naar het toilet voor ontlasting?		
Nee, nooit	0	
Ja, minder dan 1 keer per week	9	
Ja, minstens 1 keer per week	11	
Heeft u weleens zo een sterke aandrang van ontlasting, dat u zich naar het toilet moet haasten?		
Nee, nooit	0	
Ja, minder dan 1 keer per week	11	
Ja, minstens 1 keer per week	16	
TOTALE LARS SCORE		

1.1.2. Resectie operatie datum / /

1.1.3. Duur van de colorectale aandoening : maandenjaar

1.1.4. Reeds voorgeschreven therapie(en):

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

2. Therapeutische geschiedenis

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Engagementen

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:

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit van 10 januari 2024 tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Frank Vandenbroucke