**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

* + - 1. **Détermination du degré de sévérité des troubles colorectaux**
	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. Durée des troubles colorectaux : ……….mois ……années
	2. Thérapie(s) déjà prescrite(s) :

Lavement [ ]

Médication [ ]

Diète [ ]

Autre [ ] ………………….

1. **Discussion thérapeutique**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **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 :