

[Annexe 18A

PRESCRIPTION MEDICALE POUR LES VETEMENTS COMPRESSIFS

(A compléter ou apposer une vignette de la mutualité)

Nom et prénom du bénéficiaire :

Numéro d'identification de la sécurité sociale (NISS) :

Mutualité :

(A compléter par le prescripteur)

vêtement compressif sur mesure

textile

silicone

Localisation(s) :

masque, minerve, plaque thoracique sur mesure

partiel

Complet

gant sur mesure

Textile

Silicone

Silicone correctif

localisation(s) :

pelote en silicone préfab

localisation(s) :

pelote en silicone sur mesure

localisation(s) :

pelote de compression gonflable en silicone sur mesure

localisation(s) :

enfileur pour vêtement compressif

membres inférieurs

membres supérieurs

gant sur mesure avec doigts, en cas de lymphoedème

autres :

localisation(s) :

Identification du médecin prescripteur (nom et numéro INAMI):

médecin-spécialiste lié à un centre pour grands brûlés agréé

médecin spécialiste en chirurgie plastique

Date et signature :]