**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. **Patiënten met een ernstig Syndroom van Lagere Anterieur Resectie (« LARS patiënten»).**
		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. Resectie operatie datum  … ../……/ ..…
		2. Duur van de colorectale aandoening : ……….maanden …….jaar
		3. Reeds voorgeschreven therapie(en):

Lavement [ ]

Medicatie [ ]

Dieet [ ]

Andere [ ] ………………….

1. **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: