**Explications concernant la façon de remplir l’annexe 93**

Pour rappel, depuis le 1er avril 2021, l’utilisation de l’annexe 93 est obligatoire pour la prescription du matériel de stomie délivré en ambulatoire par les (pharmaciens-)bandagistes.

Cette prescription détermine le profil du patient, en considérant la motivation médicale et les besoins spécifiques du patient. C’est ce profil qui détermine le montant du portefeuille virtuel du patient. Le budget peut donc varier d’un patient à l’autre. Le portefeuille se rapproche ainsi le plus possible de leur réalité.

Une nouvelle prescription n’est nécessaire que dans les cas suivants :

* Une nouvelle stomie/fistule. Une nouvelle stomie/fistule est une stomie pour laquelle aucun matériel n’a encore été délivré en ambulatoire
* Après une opération d’une stomie existante
* Un changement de situation vers une intervention plus élevée (ajout de systèmes convexes/concaves ou situation exceptionnelle)
* Le renouvellement pour systèmes convexes/concaves ou situation exceptionnelle après expiration de la prescription précédente
  + Dans le cas d’un système convexe/concave, la prescription doit être renouvelée chaque année.
  + Dans une situation exceptionnelle, la première prescription est valable pour une durée de 6 mois maximum. Un éventuel renouvellement a lieu au moins une fois tous les 2 ans (si nécessaire).
* La première délivrance de matériel d’irrigation

La dernière prescription remplace les prescriptions précédentes. Ceci vaut aussi pour les dates de fin de validité pour les systèmes convexes/concaves et/ou les situations exceptionnelles.

L’annexe 93 est à compléter par stomie ou fistule nécessitant un appareillage distinct. Un patient ayant plusieurs stomies/fistules aura donc besoin de plusieurs prescriptions.

Afin de faciliter le traitement des informations et d’éviter de possibles confusions, il est recommandé d’inscrire sur l’annexe 93 que celle-ci concerne une deuxième stomie distincte.

|  |  |
| --- | --- |
| **Profil du patient :**  Le profil du patient est déterminé en fonction du tableau ci-contre.  Une case doit être cochée dans la première colonne « Type de stomie » et une case doit également être cochée dans la dernière colonne. C’est ce qui détermine le montant de l’intervention auquel le patient a droit. |  |
| **Systèmes convexes/concaves :**  La motivation de l’utilisation de ces systèmes est à détailler dans le champ ci-contre.  La prescription peut être rédigée pour 12 mois maximum.  A partir du 4ème mois, la prescription pour systèmes convexes/concaves peut être cumulée avec la prescription pour situation exceptionnelle.  Lorsqu’un patient dispose d’une prescription pour l’utilisation de systèmes convexes/concaves et pour situation exceptionnelle, il est recommandé d’aligner les délais de validité des deux interventions. |  |
| **Situations exceptionnelles :**  La motivation pour situation exceptionnelle est à détailler dans le champ ci-contre.  La prescription pour situation exceptionnelle n’est possible qu’à partir du 4ème mois.  Une première prescription peut être établie pour un maximum de 6 mois.  Les prolongations peuvent être établies pour un maximum de 24 mois à chaque fois afin d’accommoder les situations exceptionnelles plus ou moins passagères dans la vie du patient.  Lorsqu’un patient dispose d’une prescription pour l’utilisation de systèmes convexes/concaves et pour situation exceptionnelle, il est recommandé d’aligner les délais de validité des deux interventions. |  |
| **Systèmes d’irrigation :**  Une prescription est nécessaire pour le premier set d’irrigation manuelle mais pas pour les suivants. Le patient pourra obtenir un set d’irrigation tous les 6 mois.  Afin de faciliter le traitement des informations, il est recommandé de prescrire les systèmes d’irrigation via une annexe 93 distincte. |  |

**Quelques exemples**

**655336 – Colostomie - 3 premiers mois**

**Le prescripteur doit indiquer la motivation médicale au recto de l’annexe 93 :**

*Une des 5 cases suivantes doit être cochée et la date indiquée, le cas échéant*

X Nouvelle stomie créée, date de l’opération: 09/12/2021

□ Stomie existante

□ Réopération de la stomie existante, date de l’opération: ……/ ……/……

□ Date de l’apparition de la fistule: ……/……/……….

□ Fistule existante

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Type de stomie | Convexe/concave | Situation exceptionnelle | *Cochez ce qui est d’application* |
| *Système digestif*  X colostomie | non | non | X |
| oui | **□** |
| oui | non | **□** |
| oui | **□** |
| *Système digestif*  **□** iléostomie  **□** fistule  **□** autre stomie | non | non | **□** |
| oui | **□** |
| oui | non | **□** |
| oui | **□** |
| *Système urinaire*  **□** urostomie  **□** cystostomie  **□** fistule  **□** autre stomie | non | non | **□** |
| oui | **□** |
| oui | non | **□** |
| oui | **□** |

**Et au verso :**

**3. Identification du médecin prescripteur**

Nom et prénom:

Numéro INAMI:

Date 16/12/2021

Signature du médecin prescripteur:

**655594 – Iléostomie / systèmes convexes/concaves - à partir du 4ème mois**

**Le prescripteur doit indiquer la motivation médicale au recto de l’annexe 93 :**

*Une des 5 cases suivantes doit être cochée et la date indiquée, le cas échéant*

□ Nouvelle stomie créée, date de l’opération: …../……/………

X Stomie existante

□ Réopération de la stomie existante, date de l’opération: ……/ ……/……

□ Date de l’apparition de la fistule: ……/……/……….

□ Fistule existante

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Type de stomie | Convexe/concave | Situation exceptionnelle | *Cochez ce qui est d’application* |
| *Système digestif*  **□** colostomie | non | non | **□** |
| oui | **□** |
| oui | non | **□** |
| oui | **□** |
| *Système digestif*  X iléostomie  **□** fistule  **□** autre stomie | non | non | **□** |
| oui | **□** |
| oui | non | X |
| oui | **□** |
| *Système urinaire*  **□** urostomie  **□** cystostomie  **□** fistule  **□** autre stomie | non | non | **□** |
| oui | **□** |
| oui | non | **□** |
| oui | **□** |

**Et au verso :**

**Motivation pour l’utilisation de systèmes convexes/concaves:**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

***………………………………………………………………………………………………………………………………………………***

***……………………………………………………………………………………………………………………………………………..***

X Première fois

du mois de **4/2021** au mois de **3/2022** inclus (max 12 mois)

**□** Prolongation

du mois de ….../ …… au mois de ……. /……. inclus (max 12 mois)

**3. Identification du médecin prescripteur**

Nom et prénom:

Numéro INAMI:

Date 15/04/2021

Signature du médecin prescripteur:

**655911 – Urostomie / situation exceptionnelle – à partir du 4ème mois**

**Le prescripteur doit indiquer la motivation médicale au recto de l’annexe 93 :**

*Une des 5 cases suivantes doit être cochée et la date indiquée, le cas échéant*

□ Nouvelle stomie créée, date de l’opération: …../……/………

X Stomie existante

□ Réopération de la stomie existante, date de l’opération: ……/ ……/……

□ Date de l’apparition de la fistule: ……/……/……….

□ Fistule existante

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Type de stomie | Convexe/concave | Situation exceptionnelle | *Cochez ce qui est d’application* |
| *Système digestif*  **□** colostomie | non | non | **□** |
| oui | **□** |
| oui | non | **□** |
| oui | **□** |
| *Système digestif*  **□** iléostomie  **□** fistule  **□** autre stomie | non | non | **□** |
| oui | **□** |
| oui | non | **□** |
| oui | **□** |
| *Système urinaire*  X urostomie  **□** cystostomie  **□** fistule  **□** autre stomie | non | non | **□** |
| oui | X |
| oui | non | **□** |
| oui | **□** |

**Et au verso :**

**Motivation pour une situation exceptionnelle:**

□ Problèmes exceptionnels sur le plan clinique et/ou relatifs aux caractéristiques de la stomie ou de la fistule comme le type, la forme et la localisation.

Description:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

X Augmentation anormale des excrétions suite à une modification de consistance, fréquence ou de volumes de celles-ci.

Description:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

□ Problèmes exceptionnels au niveau des caractéristiques physiques ou des caractéristiques cutanées de la stomie ou de la fistule, comme la sensibilité, la prédisposition allergique et l’humidité de la peau.

Description:……………………………………………………………………………………………………………………………………

***..……….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………***

□ Première fois

du mois de ….../ …… au mois de ……. /……. inclus (max 6 mois)

X Prolongation

du mois de **11/2021** au mois de **01/2023** inclus (max 24 mois)

**3. Identification du médecin prescripteur**

Nom et prénom:

Numéro INAMI:

Date 24/11/2021

Signature du médecin prescripteur:

**656073 – Première utilisation d’un set d’irrigation manuelle**

**Le prescripteur doit indiquer la motivation médicale au recto de l’annexe 93 :**

*Une des 5 cases suivantes doit être cochée et la date indiquée, le cas échéant*

□ Nouvelle stomie créée, date de l’opération: …../……/………

X Stomie existante

□ Réopération de la stomie existante, date de l’opération: ……/ ……/……

□ Date de l’apparition de la fistule: ……/……/……….

□ Fistule existante

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Type de stomie | Convexe/concave | Situation exceptionnelle | *Cochez ce qui est d’application* |
| *Système digestif*  X colostomie | non | non | X |
| oui | **□** |
| oui | non | **□** |
| oui | **□** |
| *Système digestif*  **□** iléostomie  **□** fistule  **□** autre stomie | non | non | **□** |
| oui | **□** |
| oui | non | **□** |
| oui | **□** |
| *Système urinaire*  **□** urostomie  **□** cystostomie  **□** fistule  **□** autre stomie | non | non | **□** |
| oui | **□** |
| oui | non | **□** |
| oui | **□** |

**Et au verso :**

Systèmes d’irrigation

|  |
| --- |
| X Premier set d’irrigation manuelle |
| □ Première pompe d’irrigation |

**3. Identification du médecin prescripteur**

Nom et prénom:

Numéro INAMI:

Date 24/11/2021

Signature du médecin prescripteur: