**B91) Formulaire de demande de remboursement pour le traitement des troubles colorectaux d’origine non-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 : …………………………………………………………………………..

**Type de demande**

Première demande ☐ oui ☐ non

Premier renouvellement ☐ oui ☐ non

1. **Détermination du degré de sévérité des troubles colorectaux**
   1. **Patients avec un Syndrome sévère de Résection Antérieure Basse (« patients LARS »).**
      1. **Calcul du score LARS (Emmertsen KJ et al. 2012)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Critères évalués** | **Valeur** | **Score du patient** |
| **Vous arrive-t-il d’avoir un gaz qui s’échappe alors que vous vouliez le retenir ?** | | |
| Non, jamais | **0** |  |
| Oui, moins d’une fois par semaine | **4** |  |
| Oui, au moins une fois par semaine | **7** |  |
| **Avez-vous des fuites accidentelles de selles liquides ?** | |  |
| Non, jamais | **0** |  |
| Oui, moins d’une fois par semaine | **3** |  |
| Oui, au moins une fois par semaine | **3** |  |
| **Combien de fois par jour allez-vous aux toilettes pour évacuer des selles ?** | |  |
| Plus de 7 fois par jour | **4** |  |
| 4 à 7 fois par jour | **2** |  |
| 1 à 3 fois par jour | **0** |  |
| Moins d’une fois par jour | **5** |  |
| **Avez-vous besoin d’aller aux toilettes, puis d’y retourner moins d’une heure après ?** | |  |
| Non, jamais | **0** |  |
| Oui, moins d’une fois par semaine | **9** |  |
| Oui, au moins une fois par semaine | **11** |  |
| **Avez-vous des besoins urgents qui vous obligent à courir aux toilettes ?** | |  |
| Non, jamais | **0** |  |
| Oui, moins d’une fois par semaine | **11** |  |
| Oui, au moins une fois par semaine | **16** |  |
| **SCORE LARS TOTAL** | |  |

* + 1. Date de l’opération de résection  … ../……/ ..…
    2. Durée des troubles colorectaux : ……….mois …….années
    3. 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 :