

[Annexe 18B

FORMULAIRE DE NOTIFICATION POUR LES VÊTEMENTS 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)

Je soussigné, docteur en médecine et **(cocher)**

médecin-spécialiste lié à un centre de grands brûlés agréé

médecin-spécialiste en chirurgie plastique

déclare que le bénéficiaire mentionné ci-dessus a, en date du, encouru une des lésions suivantes (cocher) :

brûlures du troisième degré, pour lesquelles la plaie a eu besoin de plus de 3 semaines pour se fermer de manière spontanée

brûlures du deuxième degré profond pour lesquelles la plaie a eu besoin de plus de 2 semaines pour se fermer de manière spontanée et pour lesquelles 3 des 4 critères suivants sont rencontrés : cicatrice rouge/cicatrice gonflée/démangeaisons/rétraction tissulaire avec risques de limitations fonctionnelles

lésions cutanées profondes suite à un sepsis à méningocoques, syndrome de Lyell ou autre nécrose dermique toxique

chirurgie reconstructive étendue au cours de laquelle une greffe avec des lambeaux cutanés ou myocutanés a été effectuée

et que la plaie à traiter (cocher) :

est localisée au niveau de la tête, du cou, des pieds, des mains, des articulations (avec risque de limitations fonctionnelles) ou de la région anogénitale (veuillez indiquer la localisation topographique des lésions sur le schéma joint)

couvre plus de 3 % de la surface totale du corps (où 3 % ne peut pas être la somme de différentes petites lésions)

concerne un bénéficiaire qui n'avait pas encore 18 ans au moment de l'accident

déclare que le bénéficiaire mentionné ci-dessus a encouru une chirurgie corrective tardive, c'est-à-dire après expiration de la période décrite à l'article 29, § 18, B., 1., de la nomenclature des prestations de santé, directement en lien avec les lésions mentionnées ci-dessus suite à laquelle le port de vêtements compressifs est nécessaire suite à la spécificité de la lésion

Date de l'intervention :

Identification du médecin-prescripteur (nom et numéro INAMI) :

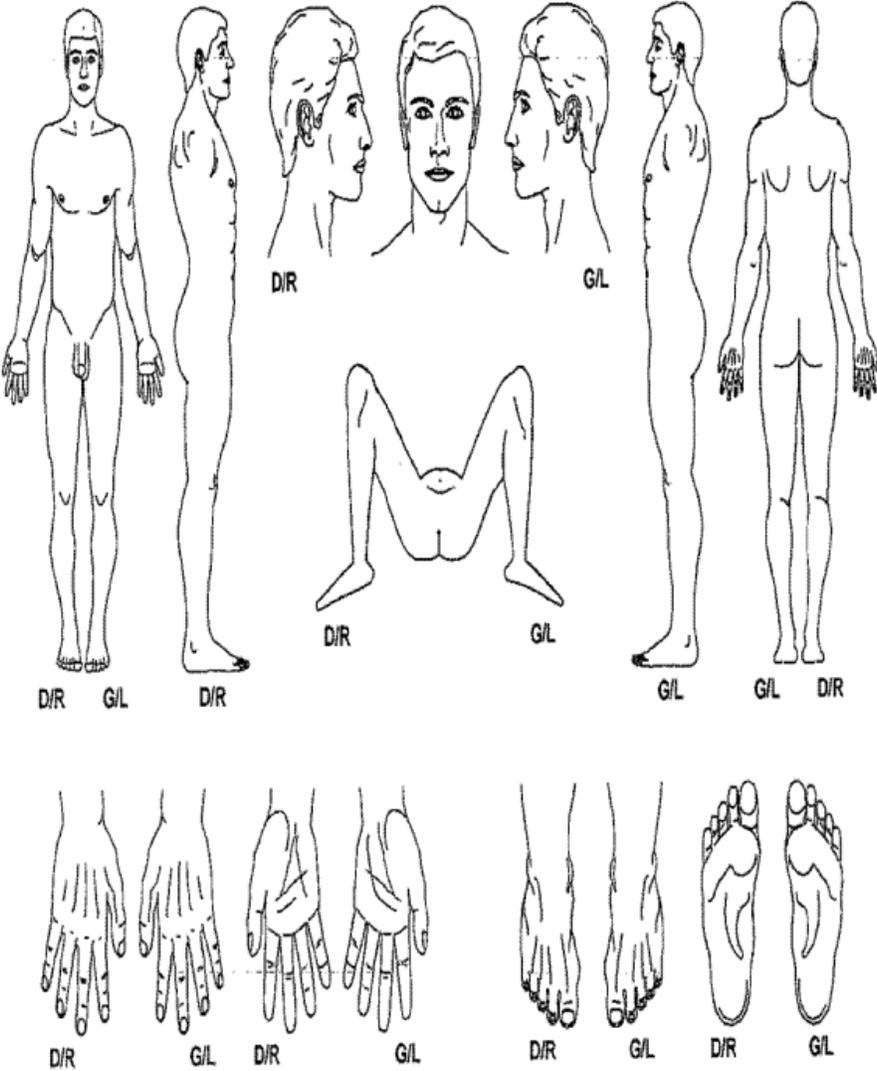
Date et signature :

Localisation topographique des lésions :

Localisation topographique des lésions:

% totale - Total% (TBSA)

%



]