

B61) - Demande à l'attention du médecin-conseil.

**Demande d'intervention pour l'autosondage au domicile du patient
à envoyer sous enveloppe fermée au médecin-conseil**

Identification du bénéficiaire (compléter ou apposer la vignette O.A.)

Nom, prénom :
Adresse :
Date de naissance :
N° d'inscription O.A. :

1^{ère} demande :

A. Durée de validité : 1 an à partir du

B. Indications d'inclusion (*cocher la case correspondante*) :

- a) vessie de rétention présentant un résidu postmictionnel important (égal ou supérieur à 100 ml) suite à une lésion médullaire acquise ou congénitale;
- b) vessie de rétention présentant un résidu postmictionnel important (égal ou supérieur à 100 ml) suite à une neuropathie périphérique;
- c) paraplégie ou paraparésie, tétraplégie ou tétraparésie, lorsque la progression de l'incontinence est évitée par l'association de médicament(s) parasympholytique(s) avec l'autosondage;
- d) rétention urinaire en l'absence d'une lésion neurologique isolée : vessie de substitution; vessie d'agrandissement ;
- e) vessie rétentionniste ne dépassant pas 300 ml de capacité ;
- f) vessie neurogène chez les enfants âgés de moins de 18 ans.

Pour les bénéficiaires âgés de moins de 18 ans, les conditions concernant la pathologie sont identiques à celles énumérées ci-devant sous a) à d), à l'exception de la norme de 100 ml de résidu postmictionnel.

C. Nombre de fois par jour que le bénéficiaire se sonde : [max. 5 / jour pour les indications de a) à d) – max. 8 / jour pour les indications e) et f).]

D. **Prescripteur** - médecin-spécialiste en urologie, en neurologie, en neuropédiatrie ou en médecine physique et en réadaptation ce dernier en même temps spécialiste en réadaptation fonctionnelle et professionnelle des personnes avec un handicap, dans le cadre d'un service ou un centre de réadaptation neurologique ou locomotrice visé à l'article 22, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (compléter ou apposer le cachet)

Nom, prénom :

Adresse :

N° d'identification INAMI :

Date :

Signature :

Renouvellement :	
A. Durée de validité : 5 ans à partir du	A. Durée de validité : 1 an à partir du
B. Indications d'inclusion (Cocher la case correspondante) : <input type="checkbox"/> a) vessie de rétention présentant un résidu postmictionnel important (égal ou supérieur à 100 ml) suite à une lésion médullaire acquise ou congénitale; <input type="checkbox"/> b) vessie de rétention présentant un résidu postmictionnel important (égal ou supérieur à 100 ml) suite à une neuropathie périphérique; <input type="checkbox"/> c) paraplégie ou paraparésie, tétraplégie ou tétraparésie, lorsque la progression de l'incontinence est évitée par l'association de médicament(s) parasymphicolytique(s) avec l'autosondage; <input type="checkbox"/> d) rétention urinaire en l'absence d'une lésion neurologique isolée :vessie de substitution; vessie d'agrandissement. Pour les bénéficiaires âgés de moins de 18 ans, les conditions concernant la pathologie sont identiques à celles énumérées ci-devant sous a) à d), à l'exception de la norme de 100 ml de résidu postmictionnel.	B. Indications d'inclusion (Cocher la case correspondante) : <input type="checkbox"/> e) vessie rétentionniste ne dépassant pas 300 ml de capacité ; <input type="checkbox"/> f) vessie neurogène chez les enfants âgés de moins de 18 ans.
C. Nombre de fois par jour que le bénéficiaire se sonde : [max. 5 / jour]	C. Nombre de fois par jour que le bénéficiaire se sonde : [max. 8 / jour]
<p>D. Prescripteur - médecin-spécialiste en urologie, en neurologie, en neuropédiatrie ou en médecine physique et en réadaptation ce dernier en même temps spécialiste en réadaptation fonctionnelle et professionnelle des personnes avec un handicap, dans le cadre d'un service ou un centre de réadaptation neurologique ou locomotrice visé à l'article 22, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (compléter ou apposer le cachet)</p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>N° d'identification INAMI :</p> <p>Date :</p> <p>Signature :</p>	