**B81) Aanvraag formulier voor terugbetaling voor de behandeling van colorectale aandoeningen van 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:.............

**Neurologische aandoening van de patiënt**

☐ dwarslaesie.

☐ multiple sclérose.

☐ spina Bifida.

**Type aanvraag**

Eerste aanvraag  ja  nee

Eerste hernieuwing  ja  nee

**Bepaling van het stadium van de ernst van de colorectale aandoening(en)**

* 1. **Berekening van de functionele NBD score ([Krogh K et al. (2006) Neurogenic bowel dysfunction score]**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Beoordeeld criteria** | **waarde** | **patiënt score** |
| **Hoe vaak heb je een stoelgang ?** | | |
| Elke dag | **0** |  |
| 2 tot 6 keer per week | **1** |  |
| minder dan 1 keer per week | **6** |  |
| **Hoeveel tijd breng je elke keer gemiddeld door op de WC?** | |  |
| Minder dan 30 minuten | **0** |  |
| 30 tot 60 minuten | **3** |  |
| Meer dan 1 uur | **7** |  |
| **Voelt u zich onwel, hoofdpijn of zweet u op het moment van ontlasting?** | |  |
| Nee | **0** |  |
| Ja | **2** |  |
| **Neemt u medicatie in tabletvorm tegen constipatie?** | |  |
| Nee | **0** |  |
| Ja | **2** |  |
| **Neemt u medicatie in zakjes/poedervorm voor constipatie?** | |  |
| Nee | **0** |  |
| Ja | **2** |  |
| **Moet je je vinger in je anus steken om ontlasting te hebben?** | |  |
| minder dan 1 keer per week | **0** |  |
| meer dan 1 keer per week | **6** |  |
| **Heb je ongecontroleerde ontlastingsverlies door de anus?** | |  |
| minder dan 1 keer per week | **0** |  |
| 1 tot 4 keer per maand | **6** |  |
| 1 tot 4 keer per week | **7** |  |
| Tenminste dagelijks | **13** |  |
| **Neemt u medicatie voor incontinentie?** | |  |
| Nee | **0** |  |
| Ja | **4** |  |
| **Heeft u ongecontroleerd gasverlies?** | |  |
| Nee | **0** |  |
| Ja | **2** |  |
| **Heeft u huidproblemen aan de anus?** | |  |
| Nee |  |  |
| Ja | **0** |  |
|  | **3** |  |
| **TOTALE NBD SCORE** | |  |

* 1. Duur van de colorectale aandoening : ……….maanden ………….jaren
  2. Reeds voorgeschreven therapie(en):

Lavement

Medicatie

Dieet

Andere ………………….

1. **Therapeutische geschiedenis**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **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: