

**FORMULIER E-Form-I-01**

**Aanvraag voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de kosten van de verstrekkingen betreffende de behandeling van de fecale incontinentie, waarvoor een akkoord van het College van geneesheren-directeur vereist is**

*(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)*

➤ Te versturen aan :

- Adviserend geneesheer die de aanvraag doorstuurt naar het College van geneesheren-directeurs (RIZIV, ter attentie van de voorzitter van het College van geneesheren-directeur, Team individuele dossiers, Lokaal T554, Tervurenlaan 211 in 1150 BRUSSEL).

**Identificatie van de verplegingsinrichting/geneesheer-specialist**

Naam van de verplegingsinrichting : .....

Riziv identificatienr. van de verplegingsinrichting : 710\_\_\_\_\_

Naam en voornaam van de geneesheer-specialist : .....

RIZIV nr. van de geneesheer-specialist : .....

Email-adres : .....

Telefoon (secretariaat dienst) : .....

**Identificatie van de rechthebbende<sup>1</sup>**

Naam : .....

Voornaam : .....

Identificatienummer van het Rijksregister : .....

Geboortedatum : .....

Geslacht : .....

Verzekeringsinstelling,: .....

---

<sup>1</sup> Om de anonimiteit van de rechthebbende te vrijwaren en volledige onpartijdigheid van het beslissend comité te waarborgen, wordt de identiteit van zowel de rechthebbende als de geneesheer-specialist pas bekend gemaakt na beslissing of de rechthebbende in aanmerking komt voor behandeling met een implantaat)

**Aanvraag tot terugbetaling in de behandeling van fecale incontinentie met een implantaat**

1. Volgnummer van het dossier : (! Voorbehouden voor de administratie !)

2. Probleemstelling :

Fecale Incontinentie:

Incontinentie voor gassen	0	/4
Incontinentie voor vloeistoffen	0	/4
Incontinentie voor vaste stoffen	0	/4
Kledingsbeschermlaag	0	/4
Levensstijl wijziging	0	/4
Totale Wexner score	0	/20

Oorzaak Fecale Incontinentie :

- traumatisch
- obstetrisch
- neurogeen
- idiopatisch
- congenitaal
- na abdomino-perineale chirurgie
- andere

Duur Fecale Incontinentie : jaren

Reeds Ingestelde Therapie(en): Lavement

- Medicatie
- Biofeedback
- Dieet
- Chirurgie
- Andere

3. Vragenlijst in verband met de huidige darmwerking :

Ingevuld ?

Ja  Nee

QoL score : /10

4. Type implantatie :

4.1. Eerste implantatie ?

Sacrale Neurostimulatie

Type implantaat : Stimulator - Programmer - Extensie

Dynamische Graciloplastie

Type implantaat : Stimulator - Programmer – Elektrode

ABS Sfincter

Type implantaat : Acticon – PAS prosthetic anal sphincter

4.2. Hernieuwing ?

Sacrale Neurostimulatie

Type implantaat : Stimulator - Programmer - Extensie

Dynamische Graciloplastie

Type implantaat : Stimulator - Programmer – Elektrode

ABS Sfincter

Type implantaat : Acticon – PAS prosthetic anal sphincter

4.2.1. Zelfde type implantaat ?

Ja  Nee

4.2.2. Indien nee : type vorige implantaat :

Sacrale Neurostimulatie

Type implantaat : Stimulator - Programmer - Extensie

Dynamische Graciloplastie

Type implantaat : Stimulator - Programmer – Elektrode

ABS Sfincter

Type implantaat : Acticon – PAS prosthetic anal sphincter



5.6. EMG Anale Sfincter (optioneel – max 7 à 10 lijnen) :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**6. Teststimulatie SNS :** (enkel voor sacrale Neurostimulatie)

Ja  Nee

Baseline (14 dagen) : van / / tot / /

Test (14 dagen) : van / / tot / /

Succesvol (verbetering van de incontinentie van ten minste 50 %) ?

Ja  Nee

14 dagen na verwijderen van elektrode : van / / tot / /

Verslechtering ? :

Ja  Nee

**7. Therapeutische discussie (max 7 à 10 lijnen)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Verbintenissen**

**De ondergetekende verklaart dat de hierboven vermelde rechthebbende aan de volgende inclusiecriteria, zoals vermeld in de vergoedingsvoorwaarde E-§04 van de lijst voldoet:**

**Indicaties (inclusiecriteria) voor de artificiële anale sfincter, de dynamische graciloplastie of de sacrale zenuwstimulatie:**

- a) Fecale incontinentie zoals gedocumenteerd door middel van een dagboek ( een gemiddelde van 2 incontinentie episodes / week) sedert meer dan 3 maanden (uitgezonderd in geval van perineale reconstructie na abdomino-perineale amputatie van het rectum)
- b) Geen andere heelkundige reconstructie mogelijk
- c) Onvoldoende effect (falen) van de medische behandeling
- d) Onvoldoende effect van biofeedback therapie
- e) Geen uitwendige rectumprolaps
- f) Geen chronische aandoening van het darmstelsel zoals IBD (inflammatoire darmziekte)
- g) Geen chronische diarree (als diarree de belangrijkste oorzaak van de incontinentie is)
- h) Geen definitieve stoma
- i) Geen anatomische contra-indicaties voor het plaatsen van een electrode of een prothese
- j) Geen bloedingsziekte
- k) Geen psychiatrische aandoening of fysische handicap die het adequate gebruik van een implantaat zou verhinderen

**Contra-indicaties (exclusiecriteria) voor sacrale zenuwstimulatie :**

- a) Elke contra-indicatie van sacrale neuromodulatie voor (begeleidende) urinaire aandoeningen
- b) Aangeboren anorectale misvormingen
- c) Afwezigheid van een circumferentieel intacte uitwendige sfincter al dan niet na vroeger heelkundig herstel (beperkte defecten zijn geen contra-indicatie)
- d) Tijdens de zwangerschap
- e) Progressieve zenuwziekten

**Contra-indicaties (exclusiecriteria) voor artificiële anale sfincter en dynamische graciloplastie :**

- a) Tijdens de zwangerschap
- b) Progressieve zenuwziekten

**In geval van sacrale zenuwstimulatie met beperkt defect van circumferentieel uitwendige sfincter, bedraagt de graad van het defect:....**

Gedaan te (*plaats*)

op (*datum*)...../...../.....

Naam, voornaam, handtekening en stempel van de geneesheer-specialist: