**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 artsen-directeurs vereist is**

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

* Te versturen aan het College van artsen-directeurs (RIZIV, Dienst Geneeskundige verzorging, ter attentie van de voorzitter van het College van Artsen-directeurs, Team individuele dossiers, Galileelaan 5/01 in 1210 Brussel).

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

Naam van de verplegingsinrichting : ……………………………………………………………

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

Naam en voornaam van de arts-specialist : …………………………………………

RIZIV nr. van de arts-specialist : ………………………………………………………

Email-adres : ………………………………………………………………………………………

Telefoon (secretariaat dienst) : …………………………………………………………………

***Identificatie van de rechthebbende[[1]](#footnote-1)***

Naam : ……………………………………………………………………………………………

Voornaam : ………………………………………………………………………………………

Identificatienummer van het Rijksregister : ……………………………………………………

Geboortedatum : ………………………………………………………………………………..

Geslacht : ………………………………………………………………………………………..

Verzekeringsinstelling,: ………………………………………………………………………..

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 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 :    jarenReeds Ingestelde Therapie(en): Lavement [ ] Medicatie [ ]  Biofeedback [ ]  Dieet [ ]  Chirurgie [ ]  Andere [ ]  |

|  |
| --- |
| 1. Vragenlijst in verband met de huidige darmwerking :

Ingevuld ? [ ]  Ja [ ]  NeeQoL score :      /10 |

|  |
| --- |
| 1. Type implantatie :
	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* 1. *Hernieuwing ?*  [ ]

[ ]  Sacrale Neurostimulatie Type implantaat : Stimulator - Programmer - Extensie [ ]  Dynamische Graciloplastie Type implantaat : Stimulator - Programmer – Elektrode[ ]  ABS Sfincter Type implantaat : Acticon – PAS prosthetic anal sphincter* + 1. Zelfde type implantaat ?

[ ]  Ja [ ]  Nee* + 1. 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 |
| 1. Diagnostische onderzoekingen:
	1. *Anorectale Manometrie :*

 Basale rustdruk       mm Hg  ('Normal range' tussen       en       mm HG)  Maximale willekeurige druk       mm Hg  ('Normal range' tussen       en       mm HG) Vullingsgevoel endeldarm       ml (eerste sensatie)       ml (maximum draaglijk volume)* 1. *Anale endoechografie:*

  Defect interne/externe sfincter afwezig/aanwezig ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Defect aanwezig | Defect afwezig |
| Interne sfincter | [ ]  | [ ]  |
| Externe sfincter | [ ]  | [ ]  |

* 1. *PNTML (facultatief) :*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Normaal | Vertraagd | Afwezig |
| Rechts | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Links  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

* 1. *Colpocystodefecografie :*

 Rx barium transit [ ]  MRI [ ] * 1. *Slechte positie:*

- Incontinentie [ ]  - Onvolledige rectale lediging [ ] - Intussusceptie [ ] - Externe prolapsus [ ] - Rectokèle / Elytrokèle [ ] - Anismus [ ] - Andere [ ] * 1. *EMG Anale Sfincter (optioneel – max 7 à 10 lijnen) :*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  |

|  |
| --- |
| 1. Teststimulatie SNS : (enkel voor sacrale Neurostimulatie)

[ ]  Ja [ ]  NeeBaseline (14 dagen) : van   /  /     tot   /  /     Test (14 dagen) : van   /  /     tot   /  /     Succesvol (verbetering van de incontinentie van ten minste 50 %) ?   [ ]  Ja [ ]  Nee14 dagen na verwijderen van elektrode : van   /  /     tot   /  /      Verslechtering ? :  [ ]  Ja [ ]  Nee |

1. 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 diarrhee (als diarrhee de belangrijkste oorzaak van de incontinentie is)

h) Geen definitieve stoma

i) Geen anatomische contraindicaties voor het plaatsen van een electrode of een prothese

j) Geen bloedingsziekte

k) Geen psychiatrische aandoening of fysische handicap die het adekwate gebruik van een implant zou verhinderen

Contra-indicaties (exclusiecriteria) voor sacrale zenuwstimulatie :

a) Elke contraindicatie 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 contraindicatie)

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 arts-specialist:

1. 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 arts-specialist pas bekend gemaakt na beslissing of de rechthebbende in aanmerking komt voor behandeling met een implantaat) [↑](#footnote-ref-1)