

# Cathétérisme intermittent

## Demande de financement

### Renseignements sur la patiente, le patient :

Prénom :

Nom :

Numéro de police :

Nom de l'assureur :

#### État de santé :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Quadriplégie          | <input type="checkbox"/> Hyperplasie bénigne de la prostate |
| <input type="checkbox"/> Paraplégie            | <input type="checkbox"/> Diabète                            |
| <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques   | <input type="checkbox"/> Cancer de la vessie                |
| <input type="checkbox"/> Spina Bifida          | <input type="checkbox"/> Autre : _____                      |
| <input type="checkbox"/> Cancer de la prostate |   |

### Renseignements pour la requête à l'assureur :

Madame, Monsieur,

Ma patiente, mon patient, dont le nom figure ci-contre, été évalué(e) et requiert un cathéter intermittent pour la prise en charge de la rétention urinaire. Selon son programme de gestion de la vessie de \_\_\_\_\_

(Inscrire détails du programme actuel)

il a été déterminé qu'il (elle) éprouvait ce qui suit :

- Symptômes récurrents d'infection des voies urinaires pouvant comprendre :
- Dysréflexie autonome
  - Fièvre
  - Douleurs au dos ou aux côtés
  - Urine trouble avec forte odeur
  - Apparition ou augmentation des épisodes d'incontinence
- Traumatisme urétral lié au cathéter
- Difficulté lors de l'insertion
- Dextérité/fonction de la main limitée
- Spasticité
- Capacité à se transférer limitée
- Autre : \_\_\_\_\_

Par conséquent, le produit prescrit (voir au verso) est requis pour ma patiente, mon patient.

Pour ces motifs, nous demandons le financement de ce produit.

### Renseignements sur le médecin :

Nom :

Numéro de permis :

Sceau de la clinique :

### Renseignements additionnels :

Signature du médecin :

Date (MM/JJ/AAAA) :

Voir au verso



Coloplast | Care

## Renseignements sur la prescription :

### *SpeediCath<sup>MD</sup>*

#### HOMME

SpeediCath<sup>MD</sup> Souple

- 10 FR (#27010)
- 12 FR (#27012)
- 14 FR (#27014)
- 16 FR (#27016)

SpeediCath<sup>MD</sup> Flex

- 10 FR (#28920)
- 12 FR (#28922)
- 14 FR (#28924)
- 16 FR (#28916)

SpeediCath<sup>MD</sup> Standard Straight

- 8 FR (#27408)
- 10 FR (#27410)
- 12 FR (#27412)
- 14 FR (#27414)
- 16 FR (#27416)
- 18 FR (#27418)

SpeediCath<sup>MD</sup> Standard Coude

- 10 FR (#27490)
- 12 FR (#27492)
- 14 FR (#27494)
- 16 FR (#27496)

SpeediCath<sup>MD</sup> Compact

- 12/18 FR (#28692)

SpeediCath<sup>MD</sup> Compact Set

- 12/18 FR (#28422)

SpeediCath<sup>MD</sup> Standard pédiatrique

- 6 FR (#27706)
- 8 FR (#27708)

Autre SpeediCath<sup>MD</sup> :

---

#### FEMME

SpeediCath<sup>MD</sup> Standard

- 8 FR (#27508)
- 10 FR (#27510)
- 12 FR (#27512)
- 14 FR (#27514)
- 16 FR (#27516)

SpeediCath<sup>MD</sup>

Compact Eve

- 10 FR (#28110)
- 12 FR (#28112)
- 14 FR (#28114)

SpeediCath<sup>MD</sup> Compact

- 8 FR (#28578)
- 10 FR (#28580)
- 12 FR (#28582)
- 14 FR (#28584)

SpeediCath<sup>MD</sup>

Compact Plus

- 10 FR (#28810)
- 12 FR (#28812)
- 14 FR (#28814)

SpeediCath<sup>MD</sup>

Compact Set

- 10 FR (#28520)
- 12 FR (#28522)
- 14 FR (#28524)

SpeediCath<sup>MD</sup>

Standard pédiatrique

- 6 FR (#27706)
- 8 FR (#27708)
- 10 FR (#27710)

Autre SpeediCath<sup>MD</sup> :

---

### *Self-Cath<sup>MD</sup>*

#### HOMME

Self-Cath<sup>MD</sup> droit

- 8 FR (#504500)
- 10 FR (#504510)
- 12 FR (#504520)
- 14 FR (#504530)
- 16 FR (#504540)
- 18 FR (#504550)

Self-Cath<sup>MD</sup> coudé

- 8 FR (#504650)
- 10 FR (#504660)
- 12 FR (#504670)
- 14 FR (#504680)

Self-Cath<sup>MD</sup> coudé olive

- 8 FR (#504710)
- 10 FR (#504720)
- 12 FR (#504730)
- 14 FR (#504740)
- 16 FR (#504750)
- 18 FR (#504760)

Self-Cath<sup>MD</sup>

droit, souple

- 12 FR (#501810)
- 14 FR (#501820)
- 16 FR (#501830)

Self-Cath<sup>MD</sup> droit,

emballage recourbé

- 12 FR (#502200)
- 14 FR (#502210)

Self-Cath<sup>MD</sup> système

fermé, droit

- 14 FR (#502730)
- 16 FR (#502740)

Self-Cath<sup>MD</sup> pédiatrique

- 5 FR (#504400)
- 6 FR (#504410)
- 8 FR (#504420)
- 10 FR (#504430)

Autre Self-Cath<sup>MD</sup> :

---

#### FEMME

Self-Cath<sup>MD</sup> droit

- 8 FR (#504600)
- 10 FR (#504610)
- 12 FR (#504620)
- 14 FR (#504630)

Self-Cath<sup>MD</sup> pédiatrique

- 5 FR (#504400)
- 6 FR (#504410)
- 8 FR (#504420)
- 10 FR (#504430)

Autre Self-Cath<sup>MD</sup> :

---

#### Fréquence quotidienne :

1     2     3     4     5     6     Autre : \_\_\_\_\_

#### Quantité mensuelle :

30     60     90     120     150     180     Autre : \_\_\_\_\_

#### Veuillez joindre une soumission du détaillant.

Les renseignements contenus dans ce document sont uniquement fournis à titre d'information. Le fournisseur est ultimement responsable des renseignements communiqués à l'assureur aux fins de remboursement. Celui-ci doit vérifier les critères pour la couverture et toutes les autres exigences de l'assureur. La société Coloplast Canada n'offre aucune garantie, de façon expresse ou implicite, quant à l'exactitude ou à la pertinence de ces renseignements pour toute utilisation particulière, et cette information n'est pas destinée à offrir des conseils ou directives quant à la situation particulière de tout patient. Les exigences pour la couverture diffèrent en fonction de la location géographique et des entités ou autorités concernées.