

Cathétérisme intermittent

Demande de financement

Renseignements sur la patiente, le patient :

Prénom :

Nom :

Numéro de police :

Nom de l'assureur :

État de santé :

☐ Quadriplégie

☐ Hyperplasie bénigne
de la prostate

☐ Paraplégie

☐ Diabète

☐ Sclérose en plaques

☐ Cancer de la vessie

☐ Spina Bifida

☐ Cancer de la prostate

☐ Autre : _____

Renseignements sur le médecin :

Nom :

Numéro de permis :

Sceau de la clinique :

Renseignements additionnels :

Signature du médecin :

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.*

Voir au verso



Coloplast | Care

Renseignements sur la prescription :

SpeediCath^{MD}

HOMME

- ☐ SpeediCath^{MD} Souple
 - ☐ 10 FR (#27010)
 - ☐ 12 FR (#27012)
 - ☐ 14 FR (#27014)
 - ☐ 16 FR (#27016)
- ☐ SpeediCath^{MD} Flex
 - ☐ 10 FR (#28920)
 - ☐ 12 FR (#28922)
 - ☐ 14 FR (#28924)
 - ☐ 16 FR (#28916)
- ☐ SpeediCath^{MD} Standard Straight
 - ☐ 8 FR (#27408)
 - ☐ 10 FR (#27410)
 - ☐ 12 FR (#27412)
 - ☐ 14 FR (#27414)
 - ☐ 16 FR (#27416)
 - ☐ 18 FR (#27418)
- ☐ SpeediCath^{MD} Standard Coude
 - ☐ 10 FR (#27490)
 - ☐ 12 FR (#27492)
 - ☐ 14 FR (#27494)
 - ☐ 16 FR (#27496)
- ☐ SpeediCath^{MD} Compact
 - ☐ 12/18 FR (#28692)
- ☐ SpeediCath^{MD} Compact Set
 - ☐ 12/18 FR (#28422)
- ☐ SpeediCath^{MD} Standard pédiatrique
 - ☐ 6 FR (#27706)
 - ☐ 8 FR (#27708)
- ☐ Autre SpeediCath^{MD} : _____

FEMME

- ☐ SpeediCath^{MD} Standard
 - ☐ 8 FR (#27508)
 - ☐ 10 FR (#27510)
 - ☐ 12 FR (#27512)
 - ☐ 14 FR (#27514)
 - ☐ 16 FR (#27516)
- ☐ SpeediCath^{MD} Compact Eve
 - ☐ 10 FR (#28110)
 - ☐ 12 FR (#28112)
 - ☐ 14 FR (#28114)
- ☐ SpeediCath^{MD} Compact
 - ☐ 8 FR (#28578)
 - ☐ 10 FR (#28580)
 - ☐ 12 FR (#28582)
 - ☐ 14 FR (#28584)
- ☐ SpeediCath^{MD} Compact Plus
 - ☐ 10 FR (#28810)
 - ☐ 12 FR (#28812)
 - ☐ 14 FR (#28814)
- ☐ SpeediCath^{MD} Compact Set
 - ☐ 10 FR (#28520)
 - ☐ 12 FR (#28522)
 - ☐ 14 FR (#28524)
- ☐ SpeediCath^{MD} Standard pédiatrique
 - ☐ 6 FR (#27706)
 - ☐ 8 FR (#27708)
 - ☐ 10 FR (#27710)
- ☐ Autre SpeediCath^{MD} : _____

Self-Cath^{MD}

HOMME

- ☐ Self-Cath^{MD} droit
 - ☐ 8 FR (#504500)
 - ☐ 10 FR (#504510)
 - ☐ 12 FR (#504520)
 - ☐ 14 FR (#504530)
 - ☐ 16 FR (#504540)
 - ☐ 18 FR (#504550)
- ☐ Self-Cath^{MD} coudé
 - ☐ 8 FR (#504650)
 - ☐ 10 FR (#504660)
 - ☐ 12 FR (#504670)
 - ☐ 14 FR (#504680)
- ☐ Self-Cath^{MD} coudé olive
 - ☐ 8 FR (#504710)
 - ☐ 10 FR (#504720)
 - ☐ 12 FR (#504730)
 - ☐ 14 FR (#504740)
 - ☐ 16 FR (#504750)
 - ☐ 18 FR (#504760)
- ☐ Self-Cath^{MD} droit, souple
 - ☐ 12 FR (#501810)
 - ☐ 14 FR (#501820)
 - ☐ 16 FR (#501830)
- ☐ Self-Cath^{MD} droit, emballage recourbé
 - ☐ 12 FR (#502200)
 - ☐ 14 FR (#502210)
- ☐ Self-Cath^{MD} système fermé, droit
 - ☐ 14 FR (#502730)
 - ☐ 16 FR (#502740)
- ☐ Self-Cath^{MD} pédiatrique
 - ☐ 5 FR (#504400)
 - ☐ 6 FR (#504410)
 - ☐ 8 FR (#504420)
 - ☐ 10 FR (#504430)
- ☐ Autre Self-Cath^{MD} : _____

FEMME

- ☐ Self-Cath^{MD} droit
 - ☐ 8 FR (#504600)
 - ☐ 10 FR (#504610)
 - ☐ 12 FR (#504620)
 - ☐ 14 FR (#504630)
- ☐ Self-Cath^{MD} pédiatrique
 - ☐ 5 FR (#504400)
 - ☐ 6 FR (#504410)
 - ☐ 8 FR (#504420)
 - ☐ 10 FR (#504430)
- ☐ Autre Self-Cath^{MD} : _____

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.

