

Cathétérisme intermittent

Demande de financement

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom de famille	Prénom
Numéro de police	
Nom de l'assureur	
Pathologie	
<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 SUR LE MÉDECIN

Nom	Numéro de permis
Sceau de la clinique	

RENSEIGNEMENTS POUR LA REQUÊTE À L'ASSUREUR

Madame, Monsieur,

Mon(Ma) patient(e) (dont le nom figure aux présentes) a été évalué(e) et requiert un cathéter intermittent pour la prise en charge de la rétention urinaire. Dans le cadre de son programme de prise en charge de la vessie de _____

(décrire la pratique actuelle de prise en charge de la vessie)

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

- ☐ Symptômes récurrents d'infection des voies urinaires pouvant comprendre :
 - Dysrèflexie 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 mon(ma) patient(e).

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

RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS

--

SIGNATURE DU MÉDECIN

DATE (MM/JJ)/AAAA)

--	--

RENSEIGNEMENTS SUR LA PRESCRIPTION

SpeediCath®		Self-Cath®	
HOMME <input type="checkbox"/> SpeediCath Flex <input type="checkbox"/> 10 FR (n° 28920) <input type="checkbox"/> 12 FR (n° 28922) <input type="checkbox"/> 14 FR (n° 28924) <input type="checkbox"/> 16 FR (n° 28916) <input type="checkbox"/> SpeediCath Standard droit <input type="checkbox"/> 10 FR (n° 27410) <input type="checkbox"/> 12 FR (n° 27412) <input type="checkbox"/> 14 FR (n° 27414) <input type="checkbox"/> 16 FR (n° 27416) <input type="checkbox"/> 18 FR (n° 27418) <input type="checkbox"/> SpeediCath Standard coudé <input type="checkbox"/> 10 FR (n° 27490) <input type="checkbox"/> 12 FR (n° 27492) <input type="checkbox"/> 14 FR (n° 27494) <input type="checkbox"/> 16 FR (n° 27496) <input type="checkbox"/> SpeediCath Compact <input type="checkbox"/> 12/18 FR (n° 28692) <input type="checkbox"/> SpeediCath Compact Set <input type="checkbox"/> 12/18 FR (n° 28422) <input type="checkbox"/> SpeediCath Standard pédiatrique <input type="checkbox"/> 6 FR (n° 27706) <input type="checkbox"/> 8 FR (n° 27708) <input type="checkbox"/> Autre SpeediCath : _____	FEMME <input type="checkbox"/> SpeediCath Standard <input type="checkbox"/> 8 FR (n° 27508) <input type="checkbox"/> 10 FR (n° 27510) <input type="checkbox"/> 12 FR (n° 27512) <input type="checkbox"/> 14 FR (n° 27514) <input type="checkbox"/> 16 FR (n° 27516) <input type="checkbox"/> SpeediCath Compact Eve <input type="checkbox"/> 10 FR (n° 28110) <input type="checkbox"/> 12 FR (n° 28112) <input type="checkbox"/> 14 FR (n° 28114) <input type="checkbox"/> SpeediCath Compact Set <input type="checkbox"/> 10 FR (n° 28520) <input type="checkbox"/> 12 FR (n° 28522) <input type="checkbox"/> 14 FR (n° 28524) <input type="checkbox"/> SpeediCath pédiatrique <input type="checkbox"/> 6 FR (n° 27706) <input type="checkbox"/> 8 FR (n° 27708) <input type="checkbox"/> 10 FR (n° 27710) <input type="checkbox"/> Autre SpeediCath : _____	HOMME <input type="checkbox"/> Self-Cath droit <input type="checkbox"/> 10 FR (n° 504510) <input type="checkbox"/> 12 FR (n° 504520) <input type="checkbox"/> 14 FR (n° 504530) <input type="checkbox"/> 16 FR (n° 504540) <input type="checkbox"/> Self-Cath coudé <input type="checkbox"/> 10 FR (n° 504660) <input type="checkbox"/> 12 FR (n° 504670) <input type="checkbox"/> 14 FR (n° 504680) <input type="checkbox"/> Self-Cath avec embout en forme d'olive <input type="checkbox"/> 10 FR (n° 504720) <input type="checkbox"/> 12 FR (n° 504730) <input type="checkbox"/> 14 FR (n° 504740) <input type="checkbox"/> 16 FR (n° 504750) <input type="checkbox"/> Self-Cath souple à embout droit <input type="checkbox"/> 12 FR (n° 501810) <input type="checkbox"/> 14 FR (n° 501820) <input type="checkbox"/> 16 FR (n° 501830) <input type="checkbox"/> Self-Cath droit à emballage recourbé <input type="checkbox"/> 12 FR (n° 502200) <input type="checkbox"/> 14 FR (n° 502210) <input type="checkbox"/> Self-Cath système fermé à embout droit <input type="checkbox"/> 14 FR (n° 502730) <input type="checkbox"/> 16 FR (n° 502740) <input type="checkbox"/> Self-Cath pédiatrique <input type="checkbox"/> 5 FR (n° 504400) <input type="checkbox"/> 6 FR (n° 504410) <input type="checkbox"/> 8 FR (n° 504420) <input type="checkbox"/> Autre Self-Cath : _____	FEMME <input type="checkbox"/> Self-Cath <input type="checkbox"/> 8 FR (n° 504600) <input type="checkbox"/> 10 FR (n° 504610) <input type="checkbox"/> 12 FR (n° 504620) <input type="checkbox"/> 14 FR (n° 504630) <input type="checkbox"/> Self-Cath pédiatrique <input type="checkbox"/> 5 FR (n° 504400) <input type="checkbox"/> 6 FR (n° 504410) <input type="checkbox"/> 8 FR (n° 504420) <input type="checkbox"/> Autre Self-Cath : _____
Fréquence quotidienne <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Autre : _____		Quantité mensuelle <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> 150 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 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.