

Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

OBJET : Nom du patient/de la patiente : \_\_\_\_\_

Numéro de police/numéro de carte santé \_\_\_\_\_

**Objet : Demande de financement de cathéter externe et sac à jambe Conveen®, de fournitures de continence**

Assureur :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Madame, Monsieur,

<Nom> \_\_\_\_\_ a été évalué et requiert un cathéter extérieur pour gérer son incontinence, en conséquence de :

- Prostatectomie
- Diabète
- Lésion de la moelle épinière
- Autre : \_\_\_\_\_

Dans une étude récente de Chartier-Kastler et al<sup>1</sup>, les cathéters urinaires et les sacs à jambe Conveen comparés aux protections absorbantes ont démontré une amélioration significative de qualité de vie et de l'estime de soi. En collectant l'urine en dehors de la peau, celle-ci reste sèche pour un meilleur état cutané et une réduction des odeurs.<sup>2,3</sup>

<Nom> \_\_\_\_\_ a été confronté au(x) point(s) suivant(s), ce qui a eu un impact négatif sur sa santé et sa qualité de vie :

- Irritation cutanée
- Escarre
- Infections des voies urinaires
- Fuites
- Autre : \_\_\_\_\_

Pour ces motifs, nous demandons le financement de ces produits (voir prescription au dos) pour 1 changement quotidien, pour un total de 30 cathéters externes, \_\_\_\_\_ sacs à jambe et \_\_\_\_\_ sacs de nuit par mois.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Docteur :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Références disponibles sur demande :

1. Chartier-Kastler E et al. Randomized, crossover study evaluating patient preference and the impact on quality of life of external catheters vs absorbent products in incontinent men. BJU Int. 2011 Jul; 108(2): 241-7.
2. David Voegeli is Senior Lecturer, Continence Technology & Skin. Health Group, Faculty of Health Sciences, University of Southampton. Accepted for publication: April 2012
3. 2011 Beeckman D. Br J Community Nurs. Incontinence-associated dermatitis - step-by-step prevention and treatment



Docteur :

---

---

---

---

---

Etiquette informations patient

**R<sub>x</sub>** Cathéters externes

- |                                                  |                                         |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Conveen Optima Régulier | <input type="checkbox"/> 25 mm (#22025) |
|                                                  | <input type="checkbox"/> 28 mm (#22028) |
|                                                  | <input type="checkbox"/> 30 mm (#22030) |
|                                                  | <input type="checkbox"/> 35 mm (#22035) |
|                                                  | <input type="checkbox"/> 40 mm (#22040) |
| <input type="checkbox"/> Conveen Optima Court    | <input type="checkbox"/> 21 mm (#22121) |
|                                                  | <input type="checkbox"/> 25 mm (#22125) |
|                                                  | <input type="checkbox"/> 30 mm (#22130) |
|                                                  | <input type="checkbox"/> 35 mm (#22135) |
| <input type="checkbox"/> Autre _____             |                                         |

**R<sub>x</sub>** Sacs collecteurs d'urine

- Conveen Active sac à jambe 250 ml / 9 oz (#25501)
- Conveen sac à jambe 500 ml / 17 oz (#5161)
- Conveen sac à jambe 750 ml / 26 oz (#5167)
- Conveen sac de nuit 2 l / 68 oz (#21346)
- Autre \_\_\_\_\_

Quantité  1 boîte  \_\_\_\_\_ boîtes  Autre \_\_\_\_\_

Fréquence \_\_\_\_\_

Pathologie

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

Informations additionnelles

---

---

---

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_