

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

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

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

**Objet : Demande de remboursement pour Peristeen® – Irrigation transanale**

Assureur :

---

---

---

Madame, Monsieur,

<Nom>\_\_\_\_\_ a été suivi le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ concernant l'évaluation de son intestin neurogène, causé par :

- Lésion de la moelle épinière  
 Sclérose en plaques  
 Autre : \_\_\_\_\_

Cette évaluation a déterminé que le patient présente ce qui suit :

- Incontinence fécale  
 Constipation chronique

<Nom>\_\_\_\_\_ a suivi les procédés suivants: médication orale, enema, stimulation manuelle.

Malgré l'utilisation de produits et de procédés conventionnels pour la gestion intestinale, mon patient continue de consacrer un temps excessif à la prise en charge de l'intestin ou a des épisodes fréquents d'incontinence fécale, ce qui a un effet néfaste sur sa qualité de vie. Je pense que <Nom>\_\_\_\_\_ bénéficiera de l'utilisation de Peristeen.

Les recherches ont démontré l'efficacité de Peristeen – Irrigation transanale pour réduire significativement l'incontinence fécale et la constipation chronique.\*

Sans Peristeen, les patients ayant un intestin neurogène qui ne répond pas aux procédés conventionnels peuvent avoir recourt à une solution chirurgicale pour contrôler le problème.

J'ai prescrit Peristeen – Irrigation transanale pour une période de \_\_\_ mois. J'assurerai le suivi avec le patient/la patiente en clinique pour évaluer sa réponse au changement de traitement.

Pour ces motifs, nous demandons le financement de ce produit (voir prescription au dos).

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

Docteur :

---

---

---

**Avantages pour le patient**

- Diminue les symptômes de constipation en comparaison aux méthodes traditionnelles de gestion intestinale
- Diminue les symptômes d'incontinence fécale en comparaison aux méthodes traditionnelles de gestion intestinale
- Réduit l'incidence d'infections des voies urinaires
- Améliore l'opinion du patient quant à la fonctionnalité de l'intestin en comparaison au niveau initial
- Améliore la qualité de vie liée aux symptômes en comparaison aux méthodes traditionnelles de gestion intestinale
- Améliore la qualité de vie en comparaison au niveau initial
- Réduit le temps consacré à la gestion intestinale en comparaison aux méthodes traditionnelles

**Publications**

- 1, 3  
1, 3  
1  
2  
1  
2  
1, 2, 3



• Est bien toléré et présente un bon profil d'innocuité à court et à long terme	1, 4, 5
• Est associé à un coût total moindre pour la société que les méthodes traditionnelles de gestion intestinale	3

\*Références disponibles sur demande :

1. Christensen P, Bazzocchi G, Coggrave M, et al. A randomized, controlled trial of transanal irrigation versus conservative bowel management in spinal cord-injured patients. *Gastroenterology* 2006;131:738-747.
2. Del Popolo G, Mosiello G, Pilati C, et al. Treatment of neurogenic bowel dysfunction using transanal irrigation: a multicenter Italian study. *Spinal Cord* 2008;46:517-522.
3. Christensen P, Andreasen J, Ehlers L. Cost-effectiveness of transanal irrigation versus conservative bowel management for spinal cord injury patients. *Spinal Cord* 2009;47:138-143.
4. Faaborg PM, Christensen P, Kvitsau B, Buntzen S, Laurberg S, Krogh K. Long-term outcome and safety of transanal colonic irrigation for neurogenic bowel dysfunction. *Spinal Cord* 2009;47:545-549.
5. Christensen P, Krogh K, Buntzen S, Payandeh F, Laurberg S. Long-term outcome and safety of transanal irrigation for constipation and fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2009;52:286-292.

Docteur :

---



---



---



---

Etiquette informations patient



**Adultes**

- Peristeen système (#29121)  
 Peristeen ensemble d'accessoires (#29122)  
 Peristeen cathéter rectal (#29123)  
 Autre : \_\_\_\_\_



**Enfants**

- Peristeen système - Court (#29126)  
 Peristeen ensemble d'accessoires - Court (#29127)

Quantité

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

Fréquence

\_\_\_\_\_

Pathologie

- Quadriplégie       Paraplégie       Spina Bifida  
 Sclérose en plaques       Autre \_\_\_\_\_

Informations additionnelles

---



---



---

Signature \_\_\_\_\_

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