

Annexe 94B

PRESCRIPTION MEDICALE pour gaines de bras et gants élastiques thérapeutiques (art. 27/1)

Identification du bénéficiaire (ou vignette de la mutualité)

Nom et prénom du bénéficiaire:
Adresse:
Numéro d'Identification à la Sécurité Sociale:
Nom ou numéro de la mutualité:

Le médecin soussigné déclare que l'indication médicale visée à l'art 27/1, C.3. de la nomenclature est respectée et que la justification de ce diagnostic est conservée dans le dossier médical du bénéficiaire.

Motivation médicale :

- ☐ Indications pour les gaines de bras et gants élastiques thérapeutiques, à savoir :
- lymphœdème du membre supérieur, acquis ou présent à la naissance
 - malformation vasculaire du membre supérieur, présente à la naissance

Localisation et pression nécessaire :

Gaines de bras et gants	Gauche (quantité)	Pression (mm Hg) ¹	Droite (quantité)	Pression (mm Hg) ²
<input type="checkbox"/> Gaine de bras sans gant				
<input type="checkbox"/> Gaine de bras avec gant sans doigts en une pièce				
<input type="checkbox"/> Gaine de bras avec gant avec doigts ouverts/fermés en une pièce				
<input type="checkbox"/> Gant sans doigts				
<input type="checkbox"/> Gant avec doigts ouverts/fermés				

Remarques éventuelles :

.....
.....
.....

Identification du médecin prescripteur³

Nom et prénom:
Numéro INAMI:
Date / /
Signature du médecin prescripteur:

¹ Au moins 15 mm Hg.

² Au moins 15 mm Hg.

³ Les gaines de bras et les gants élastiques thérapeutiques doivent être prescrits par les médecins dont il est question au C.4., de l'article 27/1 de la nomenclature.