

## Annexe 94

### **PRESCRIPTION MEDICALE pour bas élastiques thérapeutiques pour la jambe et gaines de bras et gants élastiques thérapeutiques (art. 27)**

*(à compléter par membre traité)*

#### **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: .....

#### **Bas élastiques thérapeutiques pour la jambe**

Le médecin soussigné déclare que l'indication médicale visée à l'art 27, §12bis 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 bas élastiques thérapeutiques pour la jambe du sous-groupe 1, à savoir :
- lymphoedème uni- ou bilatéral après évidemment ganglionnaire inguinal ou du petit bassin
  - lymphoedème après traitement par rayon de la région inguinale
  - lymphoedème primaire chronique héréditaire
  - malformation vasculaire congénitale
- Indications pour les bas élastiques thérapeutiques pour la jambe du sous-groupe 2, à savoir :
- prévention d'ulcère veineux récidivant en cas d'insuffisance veineuse chronique
  - présence d'une thrombose veineuse profonde objectivée
  - présence d'un syndrome post-thrombotique objectivé

#### **Localisation, classe de compression nécessaire et type de bas :**

Bas pour la jambe	Classe de compression			Gauche (quantité)	Droite (quantité)
	II <sup>2</sup>	III	IV		
<input type="checkbox"/> Bas jarret (AD)					
<input type="checkbox"/> Bas cuisse (AG / AG-T)					
<input type="checkbox"/> Collant (AT / monoAT)					
<input type="checkbox"/> Pantalon de compression <sup>3</sup> (FT)					

Remarques éventuelles :

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

<sup>1</sup> Pour un collant pour les 2 jambes (AT) ou un pantalon de compression (FT), une seule prescription médicale suffit.

<sup>2</sup> Uniquement pour les bénéficiaires jusqu'au 15<sup>ème</sup> anniversaire.

<sup>3</sup> Uniquement pour le sous-groupe 1.

**Gaines de bras élastiques thérapeutiques et gants**

Le médecin soussigné déclare que l'indication médicale visée à l'art 27, §12ter 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	Pression (mm Hg) <sup>4</sup>	Gauche (quantité)	Droite (quantité)
<input type="checkbox"/> Gaine de bras sans gant			
<input type="checkbox"/> Gaine de bras avec gant sans doigts			
<input type="checkbox"/> Gaine de bras avec gant avec doigts ouverts/fermés			
<input type="checkbox"/> Gant sans doigts			
<input type="checkbox"/> Gant avec doigts ouverts/fermés			

**Remarques éventuelles :**

.....

.....

.....

.....

**4. Identification du médecin prescripteur<sup>5</sup>**

Nom et prénom:  
 Numéro INAMI:  
 Date .... / .... / .....

Signature du médecin prescripteur:

<sup>4</sup> Au moins 15 mm Hg.

<sup>5</sup> Lors de la première délivrance, les bas élastiques thérapeutiques pour la jambe du sous-groupe 1 doivent être prescrits par un médecin-spécialiste dont il est question au § 12bis, 2., a), de l'article 27 de la nomenclature.

Les gaines de bras et les gants élastiques thérapeutiques doivent être prescrits par les médecins dont il est question au § 12ter, 2, de l'article 27 de la nomenclature.