

Annexe B : Modèle du formulaire de description clinique et d'évaluation

Formulaire de description clinique et d'évaluation du patient (§ 3890000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 concernant la spécialité Desmopressine Ferring 0,2 mg comprimés)

(Ce formulaire doit être conservé par le médecin traitant et tenu à disposition du médecin-conseil du bénéficiaire concerné)

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, n° d'affiliation à l'O.A.):

II – Elements concernant l'évaluation du patient:

Le patient mentionné ci-dessus souffre d'énurésie nocturne 2 à 3 x par semaine minimum et remplit les conditions ci-dessous:

Enurésie nocturne de type I

(polyurie nocturne, càd un trouble du profil de concentration de l'urine de 24 heures)

Constatations cliniques:

- le patient concerné est âgé d'au moins 7 ans
- la diurèse nocturne est supérieure à la capacité vésicale correspondant à l'âge:
 - la capacité vésicale mesurée est:ml
 - la diurèse nocturne est :ml
 - âge du patient:ans
 - la capacité vésicale théorique correspondant à l'âge est: ml
(formule = (âge + 2) x 30 ml ; la capacité maximale est atteinte à 14 ans)

Pour déterminer la diurèse nocturne, l'urine est recueillie en 4 portions nocturnes égales. Pour cela, on propose aux parents de réveiller l'enfant 4 fois au cours d'une même nuit et de le faire uriner. Si, par exemple, si l'enfant va dormir le soir à 8 heures, il est réveillé à 23 heures, 2 heures, 5 heures et 8 heures. L'urine est chaque fois recueillie dans un récipient gradué et on mesure son volume.

Pour mesurer le volume vésical, on fait boire le patient le plus possible pendant un jour et on lui demande d'attendre le plus longtemps possible avant d'uriner; le volume urinaire est ensuite chaque fois mesuré à l'aide d'un récipient gradué.

Enurésie nocturne de type IV

(énurésie idiopatique, également appelée de type cognitif)

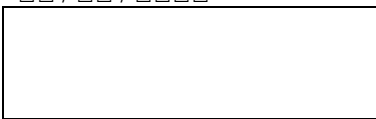
Constatations cliniques:

- le patient concerné a entre 7 et 17 ans inclus (enfant ou adolescent);
- tous les examens de dépistage sont normaux mais il y a un retard de la maturation et du contrôle cognitifs sur la vessie;
- le training cognitif pendant 3 mois (schéma d'hydratation, méthode calendrier, alarme) a donné peu ou pas de résultat.

III – Identification du médecin traitant (nom, prénom, adresse, n° INAMI):

Je, soussigné, confirme les différents éléments mentionnés ci-dessus.

_____ (nom)
_____ (prénom)
1-_____-____-____ (N° INAMI)
____ / ____ / _____ (Date)



(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)