

Formulaire de description clinique et d'évaluation du bénéficiaire (§ 3890000 du chapitre IV de la liste jointe à l'AR du 1 février 2018 concernant la spécialité à base de desmopressine)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | (nom)

| (prénom)

| (numéro d'affiliation)

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

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

- le bénéficiaire 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 bénéficiaire: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 20 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 bénéficiaire 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.

(énurésie idiopathique, également appelée de type cognitif)

- le bénéficiaire 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.

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | (nom)

_____ (prénom)

| 1 | - | | | | | - | | - | | | | (n° INAMI)

| | | / | | / | | | | (date)

(cachet)

..... (signature du médecin)