

## Politique de développement social pour stomisés et incontinents

### Introduction

Le Programme pour stomisés et incontinents des Services de santé offre de l'aide aux clients admissibles pour l'achat des fournitures nécessaires à la prise en charge directe d'une colostomie, d'une iléostomie, d'une urostomie, d'un cathétérisme ou de l'incontinence.

### Qui est admissible

- Les clients du ministère du Développement social et les personnes à leur charge qui sont titulaires d'une carte d'assistance médicale blanche portant la mention :
  - « supplémentaires » sous la section ADMISSIBILITÉ MÉDICALE DE BASE;
  - OU**
  - « OS » (Fournitures stomies) sous la section ADMISSIBILITÉ MÉDICALE ADDITIONNELLE.
- Les clients du ministère du Développement social titulaires d'une carte d'assistance médicale jaune valide portant la mention :
  - « Y » sous OTH, dans la case VALIDE UNIQUEMENT POUR;

Par conséquent, les clients ne doivent bénéficier d'aucune autre assurance médicale pour être admissibles à des avantages complets.

### Comment établir la couverture d'une carte d'assistance médicale en vigueur

| Couleur de la carte | Groupes de clients  | Caractéristiques du numéro d'identification  | Indicateurs de la couverture   |
|---------------------|---|--|--|
| Blanc               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clients de l'aide sociale et leurs personnes à charge</li> <li>• Clients possédant la carte d'assistance médicale seulement (personnes bénéficiant d'une aide pour les dépenses médicales uniquement)</li> </ul> | Numéro d'identification comptant 9 chiffres et commence par « 0 »  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mention « Supplémentaires » apparaissant dans la case « Admissibilité aux soins de santé de base »</li> <li style="text-align: center;"><b>OU</b></li> <li>• Mention « OS » (Fournitures stomies) apparaissant dans la case « Admissibilité médicale additionnelle »</li> </ul> |
| Jaune – Type 2      | Enfants à besoins spéciaux ou pris en charge par le ministre  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Numéro d'identification comptant 8 chiffres et 1 lettre, commençant par « 6 » et finissant par « C »</li> <li style="text-align: center;"><b>OU</b></li> <li>• Numéro d'identification pouvant être composé de 2 lettres et de</li> </ul> | Mention « Y » apparaissant sous la section « Autre » dans la case « Valide uniquement pour »   |

|                |  |  |   |
|----------------|--|--|---|
|                |  | 8 chiffres, commençant par « CW6 »   |   |
|                | Adultes demeurant dans des établissements résidentiels (foyers de soins spéciaux et résidences communautaires) | Numéro d'identification comptant 8 chiffres et 1 lettre, commençant par « 9 » et finissant par « A » |   |
| Jaune – Type 2 | Résidents de foyers de soins   | Numéro d'identification comptant 8 chiffres et 1 lettre, commençant par « 8 » et finissant par « R » | Mention « X » apparaissant sous la section « SUPP » dans la case « Valide uniquement pour » |
|                | Clients de la santé mentale  | Numéro d'identification comptant 8 chiffres et 1 lettre, commençant par « 96 » et se terminant « A » |   |

## Avantages

### FOURNITURES POUR STOMISÉS

|                                  |   |  |
|----------------------------------|---|--|
| Critères/limites d'admissibilité | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le client a subi une colostomie, une iléostomie ou une urostomie.</li> <li>2. Les fournitures sont requises pour la <b>prise en charge directe</b> de la stomie seulement</li> <li>3. Seules les fournitures qui répondent aux besoins <b>de base</b> du client stomisé, et qui représentent la solution la plus rentable seront approuvées. Les produits de marque seront seulement pris en compte quand ils représentent l'option la plus rentable ou quand aucun produit générique n'est disponible. (une justification médicale sera nécessaire).</li> <li>4. Des plafonds par mois sont établis pour tous les produits payés dans le cadre de ce programme. Dans les cas où les quantités dépassent les plafonds mensuels, un formulaire de justification émis par un professionnel de la santé sera exigé pour évaluer les exceptions.</li> <li>5. Tous les produits sont associés à une contrainte temporelle de 30 jours. Toute demande pour des quantités additionnelles de produits approuvées à l'intérieur de la même période de 30 jours doit comprendre une justification médicale émise par le professionnel de la santé du client.</li> <li>6. Les infirmières praticiennes et les infirmières stomothérapeutes peuvent prescrire les mêmes avantages qu'un médecin aux fins du présent programme.</li> </ol> |  |
| Documents requis                 | Pour les nouveaux clients et les examens annuels  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulaire de demande de fournitures pour stomies/incontinents</li> <li>• Un estimé</li> </ul>  |
|                                  | Pour les changements apportés aux quantités à l'intérieur de la période d'approbation actuelle<br>OU  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Information détaillée de la part d'un professionnel de la santé qualifié (voir ci-dessus) justifiant le changement apporté à la quantité</li> </ul> |

|   |  |  |
|---|--|--|
|   | Pour les changements des produits ou l'addition de nouvelles produits à l'intérieur de la période d'approbation actuelle                       | requis, les changements ou l'addition de nouvelles produits, ainsi que la durée du besoin. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une nouvelle estimation sur une facture ou un formulaire électronique de Services de santé indiquant le nouveau prix du ou des produits</li> </ul> |
|   | Pour les changements apportés au prix à l'intérieur de la période d'approbation actuelle   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une nouvelle estimation sur une facture ou un formulaire électronique de des Services de santé indiquant le nouveau prix du ou des produits</li> </ul>  |
| <b>Fournisseurs de services admissibles</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pharmacies agréées du N.-B.</li> <li>• Fournisseurs de matériel médical autorisés au N.-B.</li> </ul> |  |

#### FOURNITURES ADMISSIBLES POUR COLOSTOMIE

| Type de système              | Produits admissibles  | Quantités maximales par mois  | Quantités maximales par année |
|------------------------------|---|-------------------------------|-------------------------------|
| <b>Systèmes en 2 parties</b> | Protecteurs cutanés, collerettes  | Total de 20                   |                               |
|                              | Sacs fermés jetables<br>OU  | 60<br>OU                      |                               |
|                              | Sacs vidables   | 20                            |                               |
|                              | Scellements, anneaux de barrière  | Total de 20                   |                               |
|                              | Dispositifs convexes  | 20                            |                               |
| <b>Systèmes en 1 partie</b>  | Sacs fermés<br>OU   | 60<br>OU                      |                               |
|                              | Sacs vidables   | 20                            |                               |
|                              |   |                               |                               |
| <b>Accessoires</b>           | Ceintures pour stomie   |                               | 6                             |
|                              | Désodorisant (intérieur du sac seulement)   | 1                             |                               |
|                              | Barrière cutanée – tampons, pâte<br>OU poudre   | 1 paquet/tube                 |                               |
|                              | Ruban (papier seulement)  | 3 rouleaux                    |                               |
|                              | Dissolvant d'adhésif  |                               | 6                             |
|                              | Pincettes, fermetures d'extrémité pour les sacs vidables                                      | Total de 1                    |                               |
| <b>Irrigation</b>            | Trousse d'irrigation (sac, tubulure, cône ou cathéter, seringue, fermeture d'extrémité)<br>OU | 1 trousse<br>OU<br>Total de 3 |                               |
|                              | Seringues (Luer-Lock) à bout de cathéter  |                               |                               |
|                              | Manchon d'irrigation  | 10                            |                               |
|                              | Dispositif de protection pour stomie  | 1                             |                               |
|                              | Mini-sacs   | 10                            |                               |

#### FOURNITURES ADMISSIBLES POUR ILÉOSTOMIE

| Type de système       | Produits admissibles                                  | Quantités maximales par mois | Quantités maximales par année |
|-----------------------|---|------------------------------|-------------------------------|
| Systèmes en 2 parties | Protecteurs cutanés, collerettes                      | Total de 20                  |                               |
|                       | Sacs vidables   | 20                           |                               |
|                       | Scellements, anneaux de barrière                      | 20                           |                               |
|                       | Dispositifs convexes                                  | 20                           |                               |
| Systèmes en 1 partie  | Sacs vidables   | 20                           |                               |
|                       | Scellements Eakin                                     | 20                           |                               |
| Accessoires           | Ceintures pour stomie                                 |                              | 6                             |
|                       | Désodorisant (intérieur du sac seulement)             | 1                            |                               |
|                       | Barrière cutanée – tampons, pâte OU poudre            | 1 paquet/tube                |                               |
|                       | Ruban (papier seulement)                              | 3 rouleaux                   |                               |
|                       | Dissolvant d'adhésif                                  |                              | 6                             |
|                       | Pincés, fermetures d'extrémité pour les sacs vidables | Total de 1                   |                               |
| Dérivation fécale     | Embouts de cathéter,                                  | 2                            |                               |
|                       | Lubrifiant  | 1                            |                               |
|                       | Pansements pour dérivation fécale                     | 100                          |                               |

#### FOURNITURES ADMISSIBLES POUR UROSTOMIE

| Type de système       | Produits admissibles                                  | Quantités maximales par mois | Quantités maximales par année |
|-----------------------|---|------------------------------|-------------------------------|
| Systèmes en 2 parties | Protecteurs cutanés, collerettes                      | Total de 20                  |                               |
|                       | Sacs vidables   | 20                           |                               |
|                       | Scellements, anneaux de barrière                      | Total de 20                  |                               |
|                       | Dispositifs convexes                                  | 20                           |                               |
| Systèmes en 1 partie  | Sacs vidables   | 20                           |                               |
|                       | Sacs fixés à la jambe (avec tubulure)                 | 4                            |                               |
|                       | Récipients pour drainage nocturne                     | 1                            |                               |
| Accessoires           | Ceintures pour stomie                                 |                              | 6                             |
|                       | Désodorisant (intérieur du sac seulement)             | 1                            |                               |
|                       | Barrière cutanée – tampons, pâte OU poudre            | 1 paquet/tube                |                               |
|                       | Ruban (papier seulement)                              | 3 rouleaux                   |                               |
|                       | Dissolvant d'adhésif                                  |                              | 6                             |
|                       | Pincés, fermetures d'extrémité pour les sacs vidables | 1                            |                               |
| Dérivation urinaire   | Embouts de cathéter                                   | 2                            |                               |
|                       | Lubrifiant  | 1                            |                               |
|                       | Pansements pour dérivation urinaire                   | 100                          |                               |

## FOURNITURES POUR CATHÉTÉRISME

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Critères/limites d'admissibilité</b>     | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le client souffre d'incontinence urinaire et des cathéters lui ont été prescrits pour prendre en charge cette condition.</li> <li>2. Les fournitures sont requises pour le cathétérisme seulement.</li> <li>3. Seules les fournitures qui répondent aux besoins <b>de base</b> du client ayant subi un cathétérisme et qui représentent la solution la plus rentable seront approuvées. Les produits de marque seront seulement pris en compte quand ils représentent l'option la plus rentable ou quand aucun produit générique n'est disponible. (une justification médicale sera nécessaire).</li> <li>4. Des plafonds par mois sont établis pour tous les produits payés dans le cadre de ce programme. Dans les cas où les quantités dépassent les plafonds mensuels, un formulaire de justification émis par un professionnel de la santé sera exigé pour évaluer les exceptions.</li> <li>5. Tous les produits sont associés à une contrainte temporelle de 30 jours. Toute demande pour des quantités additionnelles de produits approuvées à l'intérieur de la même période de 30 jours doit comprendre une justification médicale émise par le professionnel de la santé du client.</li> <li>6. Les infirmières praticiennes et les infirmières stomothérapeutes peuvent prescrire les mêmes avantages qu'un médecin aux fins du présent programme.</li> </ol> |   |
| <b>Documents requis</b>                     | <p>Pour les nouveaux clients et les examens annuels</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulaire de demande de fournitures pour stomies/incontinents</li> <li>• Un estimé</li> </ul>   |
|   | <p>Pour les changements apportés aux quantités à l'intérieur de la période d'approbation actuelle<br/>OU<br/>Pour les changements des produits ou l'addition de nouvelles produits à l'intérieur de la période d'approbation actuelle</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Information détaillée de la part d'un professionnel de la santé qualifié (voir ci-dessus) justifiant le changement apporté à la quantité requise, les changements ou l'addition de nouvelles produits, ainsi que la durée du besoin.</li> <li>• Une nouvelle estimation sur une facture ou un formulaire électronique de Services de santé indiquant le nouveau prix du ou des produits</li> </ul> |
|   | <p>Pour les changements apportés au prix à l'intérieur de la période d'approbation actuelle</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une nouvelle estimation sur une facture ou un formulaire électronique de Services de santé indiquant le nouveau prix du ou des produits</li> </ul>   |
| <b>Fournisseurs de services admissibles</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pharmacies agréées du N.-B.</li> <li>• Fournisseurs de matériel médical autorisés au N.-B.</li> </ul>   |   |

## FOURNITURES ADMISSIBLES POUR CATHÉTÉRISME

| Type de système     | Produits admissibles                                      | Quantités maximales par mois | Quantités maximales par année |
|---------------------|---|------------------------------|-------------------------------|
| Cathéters à demeure | Cathéters à demeure                                       | 4                            |                               |
|                     | Sacs fixés aux jambes avec sangles, adaptateurs et pinces | 4                            |                               |
|                     | Récipients pour drainage nocturne                         | 4                            |                               |
|                     | Tubulure d'extension                                      | 4                            |                               |

|                            |   |   |  |
|----------------------------|---|---|--|
|                            | Plateaux pour sondes de Foley   | 4 plateaux                                  |  |
|                            | Plateaux d'irrigation<br>OU<br>Seringues (Luer-Lock) à bout de cathéter | 8 plateaux<br>OU<br>Total de 3              |  |
|                            | Solution d'irrigation (saline ou eau stérile)                           | Total de 1 000 litres                       |  |
| Cathéters externes (Texas) | Cathéters externes  | 30  |  |
|                            | Sacs fixés aux jambes (incluant sangles, adaptateurs et pinces)         | 4   |  |
|                            | Récipients pour drainage nocturne                                       | 1   |  |
|                            | Valve de vidange rapide   | 1   |  |
|                            | Dispositif Cath Secure<br>OU<br>Bandes adhésives                        | 5<br>OU<br>30                               |  |
| Cathéters intermittents    | Cathéters intermittents   | 120   |  |
|                            | Lubrifiant  | 2 tubes<br>OU<br>2 emballages de lubrifiant |  |

#### FOURNITURES POUR INCONTINENCE ET DIVERS

|                                  |   |  |
|----------------------------------|---|--|
| Critères/limites d'admissibilité | <p>1. a) Le client doit avoir reçu l'approbation du programme des Services de santé pour les fournitures pour stomie ou cathétérisme<br/><b>ET/OU</b></p> <p>2. Le client doit utiliser un fauteuil roulant de façon permanente ou à long terme*</p> <p>3. Fournitures requises seulement pour la <b>gestion directe</b> de l'incontinence.</p> <p>4. Seules les fournitures qui répondent aux besoins <b>de base</b> du client et qui représentent la solution la plus rentable seront approuvées. Les produits de marque seront seulement pris en compte quand ils représentent l'option la plus rentable ou quand aucun produit générique n'est disponible. (une justification médicale sera nécessaire).</p> <p>5. Des plafonds par mois sont établis pour tous les produits payés dans le cadre de ce programme. Dans les cas où les quantités dépassent les plafonds mensuels, un formulaire de justification émis par un professionnel de la santé sera exigé pour évaluer les exceptions.</p> <p>6. Tous les produits sont associés à une contrainte temporelle de 30 jours. Toute demande pour des quantités additionnelles de produits approuvées à l'intérieur de la même période de 30 jours doit comprendre une justification médicale émise par le professionnel de la santé du client.<br/>Les infirmières praticiennes et les infirmières stomothérapeutes peuvent prescrire les mêmes avantages qu'un médecin aux fins du présent programme.</p> <p>* <b>NOTE</b> : Si un fauteuil roulant a été acheté par le programme des Services de santé, il sera nécessaire de confirmer que le client a besoin d'un fauteuil roulant à long terme.</p> |  |
| Documents requis                 | Pour les nouveaux clients et les examens annuels  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulaire de demande de fournitures pour stomies/incontinents</li> </ul> |

|   |   |   |
|---|---|---|
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un estimé</li> </ul>   |
|   | <p>Pour les changements apportés aux quantités à l'intérieur de la période d'approbation actuelle</p> <p>OU</p> <p>Pour les changements des produits ou l'addition de nouvelles produits à l'intérieur de la période d'approbation actuelle</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Information détaillée de la part d'un professionnel de la santé qualifié (voir ci-dessus) justifiant le changement apporté à la quantité requise, les changements ou l'addition de nouvelles produits, ainsi que la durée du besoin.</li> <li>• Une nouvelle estimation sur une facture ou un formulaire électronique de Services de santé indiquant le nouveau prix du ou des produits</li> </ul> |
|   | Pour les changements apportés au prix à l'intérieur de la période d'approbation actuelle  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une nouvelle estimation sur une facture ou un formulaire électronique de Services de santé indiquant le nouveau prix du ou des produits</li> </ul>   |
| <b>Fournisseurs de services admissibles</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pharmacies agréées du N.-B.</li> <li>• Fournisseurs de matériel médical autorisés au N.-B.</li> </ul>  |   |

#### FOURNITURES ADMISSIBLES – INCONTINENCE ET DIVERS

| Type de système      | Produits admissibles  | Quantités maximales par mois | Quantités maximales par année |
|----------------------|---|------------------------------|-------------------------------|
| Produits jetables    | Couches<br>Culottes pour incontinent<br>Serviettes pour incontinent | Total de 240                 |                               |
|                      | Protège-draps<br>Serviette pour fauteuil<br>Alèzes                  | Total de 240                 |                               |
|                      | Doublures<br>Serviettes   | Total de 240                 |                               |
| Produits lavables    | Couches<br>Culottes pour incontinent<br>Dessus imperméables         | Total de 3                   |                               |
|                      | Protège-draps<br>Serviette pour fauteuil<br>Alèzes                  | Total de 3                   |                               |
| Fournitures diverses | Gants non stériles  | 200                          |                               |
|                      | Crème barrière non médicamenteuse                                   | 2 tubes                      |                               |

#### LAXATIFS

|   |   |
|---|---|
| <b>Critères/limites d'admissibilité</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le client souffre de constipation et n'est pas soulagé malgré l'ingestion d'au moins 1 500 ml de liquide par jour et une alimentation à haute teneur en fibres.</li> <li>2. Seuls les laxatifs les plus économiques qui satisfont les besoins du client seront approuvés. Les produits de marque ne seront envisagés que si des produits génériques ne sont pas disponibles ou que ces derniers ne satisfont</li> </ol> |
|---|---|

|   |   |   |
|---|---|---|
|   | <p>pas aux besoins médicaux du client. (Une justification sera exigée.)</p> <p>3. Cet avantage est assujéti à des quantités maximales mensuelles. Dans les cas où les quantités dépassent les plafonds mensuels, un formulaire de justification émis par un professionnel de la santé sera exigé pour évaluer les exceptions.</p> <p>4. Tous les produits sont associés à une contrainte temporelle de 30 jours. Toute demande pour des quantités additionnelles de produits approuvées à l'intérieur de la même période de 30 jours doit comprendre une justification médicale émise par le professionnel de la santé du client.</p> <p>5. Les infirmières praticiennes et les infirmières stomothérapeutes peuvent prescrire les mêmes avantages qu'un médecin aux fins du présent programme.</p> |   |
| <b>Documents nécessaires</b>                | Pour les nouveaux clients, les nouveaux produits et les examens annuels   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulaire de demande de fournitures pour stomies/incontinents</li> <li>• Un estimé</li> </ul>   |
|   | Pour les changements apportés aux quantités à l'intérieur de la période d'approbation actuelle.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Information détaillée de la part d'un professionnel de la santé qualifié (voir ci-dessus) justifiant le changement apporté à la quantité requise ainsi que la durée du besoin.</li> <li>• Une nouvelle estimation sur une facture ou un formulaire électronique des Services de santé indiquant le nouveau prix du ou des produits.</li> </ul> |
|   | Pour les changements apportés au prix à l'intérieur de la période d'approbation actuelle.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une nouvelle estimation sur un formulaire de réclamation ou un formulaire électronique des Services de santé indiquant le nouveau prix du ou des produits.</li> </ul>  |
| <b>Fournisseurs de services admissibles</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pharmacies agréées du Nouveau-Brunswick</li> <li>• Fournisseurs de matériel médical autorisés du Nouveau-Brunswick</li> </ul>  |   |

#### LAXATIFS ADMISSIBLES

| Produit             | Format                    | Quantités maximales par mois |
|---------------------|---------------------------|------------------------------|
| Sennosides          | Comprimés de 8,6 mg       | 120 comprimés                |
| Polyéthylène glycol | Poudre de PEG 3350        | 510 grammes                  |
| Lactulose           | Solution orale, 667 mg/ml | 1000 millilitres             |
| Bisacodyl           | Suppositoires, 5 ou 10 mg | 15 suppositoires             |
| Phosphate de sodium | Lavement                  | 10 lavements                 |

#### PRESTATIONS SOUS AUTORISATION SPÉCIALE

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Critères/limites d'admissibilité</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le client doit avoir reçu l'approbation du programme des Services de santé pour les fournitures pour stomie, cathétérisme ou incontinence</li> <li>2. Ces produits nécessiteront tous une justification médicale émise par un professionnel de la santé qualifié pour expliquer pourquoi le produit est essentiel sur le plan médical pour le client et pour indiquer pendant combien de temps ces produits seront nécessaires.</li> </ol> |  |
| <b>Documents requis</b>                 | Pour les nouveaux clients et les   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulaire de demande de fournitures</li> </ul> |



|   |   |  |
|---|---|--|
|   | examens annuels   | pour stomies/incontinents  |
|   | Pour les changements apportés aux quantités à l'intérieur de la période d'approbation actuelle<br>OU<br>Pour les changements des produits ou l'addition de nouvelles produits à l'intérieur de la période d'approbation actuelle  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Un estimé</li> <li>Information détaillée de la part d'un professionnel de la santé qualifié (voir ci-dessus) justifiant le changement apporté à la quantité requise, les changements ou l'addition de nouvelles produits, ainsi que la durée du besoin.</li> <li>Une nouvelle estimation sur une facture ou un formulaire électronique de Services de santé indiquant le nouveau prix du ou des produits</li> </ul> |
|   | Pour les changements apportés au prix à l'intérieur de la période d'approbation actuelle  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Une nouvelle estimation sur une facture ou un formulaire électronique de Services de santé indiquant le nouveau prix du ou des produits</li> </ul>  |
| <b>Fournisseurs de services admissibles</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Pharmacies agréées du N.-B.</li> <li>Fournisseurs de matériel médical autorisés au N.-B.</li> </ul>  |  |
| <b>Fournitures Admissibles</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Produits de nettoyage</li> <li>Crèmes spéciales ou médicamenteuses pour la peau</li> <li>Pansements transparents et hydro colloïdes</li> <li>Tout produit imperméable ou hypoallergénique</li> <li>Flocons ou capsules d'absorption</li> <li>Fournitures pour cécostomie</li> <li>Les quantités dépassant les plafonds indiqués ci-dessus</li> </ul> |  |

## PRODUITS NON ADMISSIBLES

Les éléments suivants **ne sont pas** couverts par le Programme orthopédique des Services de santé pour stomie et incontinence :

- Gants utilisés pour soins généraux aux patients
- Gants stériles
- Médicaments contre les troubles intestinaux et autres médicaments en vente libre
- Hydratants pour usage général
- Médicaments sur ordonnance
- Pansements pour les plaies autres que les sites de stomie
- Recouvre-sac
- Désodorisant pour la chambre
- Alcool à friction et tampons imbibés d'alcool
- Agents antiseptiques
- Ciseaux ou dispositifs pour percer un trou dans la poche quand ils ne sont pas fournis avec l'appareil
- Tampons – médicamenteux et non médicamenteux
- Produits anti diarrhéiques
- Émollients

- Tout produit **qui n'est pas lié directement** à la prise en charge de la stomie, du cathétérisme ou de l'incontinence