

**OSTOMY AND INCONTINENCE SUPPLIES APPLICATION FORM**  
**DEMANDE D'APPLICATION POUR FOURNITURES DE STOMIE ET INCONTINENCE**

**CLIENT INFORMATION | RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT**

LAST NAME / NOM DE FAMILLE	FIRST NAME / PRENOM	DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE
ADDRESS / ADRESSE	CITY, TOWN, VILLAGE / VILLE, VILLAGE	POSTAL CODE / CODE POSTAL
TELEPHONE / TELEPHONE	HEALTH CARD / CARTE D'ASSISTANCE MEDICALE	

**A PHYSICIAN, ENTEROSTOMATHERAPIST OR NURSE PRACTICIONER MUST COMPLETE THIS SECTION**  
**UN DOCTEUR, STOMOTHÉRAPEUTE OU UNE INFIRMIÈRE PRACTICIENNE DOIT COMPLÉTER CETTE SECTION**

Please specify circumstances applicable to this patient / SVP veuillez indiquer les circonstances attribuable a cette personne

Medical condition, diagnosis and projected length of usage. / L'état de santé, le diagnostic et la durée projetée de l'utilisation.

**OSTOMY / STOMISÉ**

<input type="checkbox"/> Permanent Colostomy Colostomie Permanente <input type="checkbox"/> 1 Piece systems Systèmes en 1 partie <input type="checkbox"/> 2 piece systems Systèmes en 2 parties	<input type="checkbox"/> Parmentent Ileostomy Iléostomie permanente <input type="checkbox"/> 1 Piece systems Systèmes en 1 partie <input type="checkbox"/> 2 piece systems Systèmes en 2 parties	<input type="checkbox"/> Permanent Urostomy Urostomie Permanente <input type="checkbox"/> 1 Piece systems Systèmes en 1 partie <input type="checkbox"/> 2 piece systems Systèmes en 2 parties
--	---	--

**CATHETERS / CATHÉTERS**

<input type="checkbox"/> External Catheter Cathéter Externe	<input type="checkbox"/> In-dwelling Catheter Cathéter Interne	<input type="checkbox"/> Intermittent Catheter Cathéter intermittent
--	---	---

**INCONTINENCE & MISCELLANEOUS / INCONTINENCE ET DIVERS**

<input type="checkbox"/> Incontinence Incontinence	<input type="checkbox"/> Confined to a wheelchair Se déplace en chaise roulante seulement	<input type="checkbox"/> Laxatives / Laxatifs
---	---	---

**HEALTH PROFESSIONAL CONTACT INFORMATION / COORDONÉES DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ**

NAME / NOM : \_\_\_\_\_

SIGNATURE : \_\_\_\_\_

TELEPHONE : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_

**PRESCRIBED PRODUCTS | FOURNITURES PRESCRITS**

**PRESCRIPTION SECTION / SECTION DE PRESCRIPTION**

To be completed by an Enterostomal therapist, nurse practitioner, a physician / A être complété par le/la stomothérapeute, infirmière praticienne, un docteur

PRODUCT / PRODUIT	QUANTITY / QUANTITÉ	DURATION OF NEED / DURÉE DE BESOIN

**SERVICE PROVIDER / FOURNISSEUR DE SERVICES**

To be completed by a recognized vendor only / A être complété par un fournisseur reconnu

Service provider : \_\_\_\_\_ Telephone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_  
 Fournisseur de services : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Service Provider ID Number /  
 Numéro d'identification du fournisseur : 

--	--	--	--	--	--	--	--

**SUPPLIER SECTION / SECTION DU FOURNISSEUR**

To be completed by the pharmacy or medical supplier / A être complété par la pharmacie ou un fournisseur médicaux

Product Description Description du produit	Product Code (UPC) Code du produit (CPU)	Size Taille	Price package / units Prix paquet / unités	Quantity Quantité	Total cost Prix total

ATTACHMENTS/ ATTACHEMENTS	<input type="checkbox"/>	Documentation to support request [reports, references, Rx] Documentation pour supporter la demande [rapports, lettres, Rx]
	<input type="checkbox"/>	Cost estimate on a Health Services E-form. Estimée écrit sur un formulaire électronique de Services de Santé.

**ANY CHANGES MUST BE PRIOR APPROVED - PRODUCTS THAT HAVE NOT BEEN AUTHORISED WILL NOT BE PAID.  
 TOUT CHANGEMENTS DOIT ÊTRE APPROUVÉES EN AVANCE – LES PRODUITS QUI NE SONT PAS AUTORISÉ NE SERONT PAS PAYÉS.**

**FOR OFFICE USE ONLY | POUR UTILISATION DU BUREAU SEULEMENT**

APPROVED / APPROUVÉE      Effective date of Approval: \_\_\_\_\_      Expiry date of approval: \_\_\_\_\_  
 Date effective de l'approbation : \_\_\_\_\_      Date d'expiration de l'approbation : \_\_\_\_\_

PENDING INFORMATION, SEE COMMENT BELOW       REFUSED, SEE COMMENTS BELOW  
 ATTENTE D'INFORMATION, VOIR COMMENTAIRE SI-DESSOUS      REFUSÉE, VOIR COMMENTAIRES SI-DESSOUS

Comments / Commentaires :

Administrator / Administrateur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_