


Demande de garantie de prise en charge des coûts pour l'alimentation artificielle à domicile

Alimentation buvable/au moyen d'une sonde/parentérale


1. Remarques importantes

- 1.1. La garantie de prise en charge des coûts ne peut être accordée qu'après vérification et approbation de l'indication médicale et des données thérapeutiques (choix des produits) par un expert médical.
- 1.2. Les coûts de l'alimentation entérale ou parentérale à domicile sont pris en charge par l'assurance de base si l'alimentation au moyen d'une sonde ou par voie intraveineuse est nécessaire. Les coûts de l'alimentation entérale sans sonde (alimentation buvable) ne sont pris en charge par l'assurance de base que si les directives émises par la Société suisse de nutrition clinique (SSNC) sont respectées (annexe 1 OPAS). Nous conseillons l'approvisionnement par un service de Home Care reconnu par la SSNC.
- 1.3. Les signataires donnent leur accord au dépouillement anonyme et centralisé des données par la SVK et à leur utilisation à des fins statistiques par la SSNC.
- 1.4. **Seules les demandes intégralement remplies et signées peuvent être prises en considération.**

2. Patient

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	<input type="radio"/> féminin	<input type="radio"/> masculin
Langue		<input type="text"/>	
Adresse <input type="text"/>			
NPA, Lieu <input type="text"/>			
Assureur-maladie	<input type="text"/>	Numéro d'assuré	<input type="text"/>
Prière de mettre une croix dans la case qui convient:			
<input type="checkbox"/> Oui	Je donne mon accord à ce que, conformément au chiffre 8, une copie de la garantie de prise en charge soit adressée au Home Care Service qui me livre les produits prescrits ou au/à la diététicien/ne, si cela est expressément mentionné sous le chiffre 9, et à ce qu'ils assurent mon approvisionnement conformément aux directives de la SSNC. La protection des données est garantie, aucune donnée médicale n'est transmise.		
<input type="checkbox"/> Non	Je ne suis pas d'accord qu'une copie de la garantie de prise en charge soit transmise. Je prends note du fait que je dois payer moi-même la facture du Home Care Service et faire les démarches nécessaires auprès de mon assureur afin qu'elle me soit remboursée.		
Date, signature: _____			

3. a) Médecin prescripteur (assumant la responsabilité principale du patient)

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Adresse		N° RCC <input type="text"/>	
NPA, lieu <input type="text"/>			
Téléphone	<input type="text"/>	Courriel	<input type="text"/>
Date, signature: _____			

Nom

3. b) Médecin traitant (responsable du traitement à long terme)

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	N° RCC	<input type="text"/>
NPA, lieu	<input type="text"/>		
Téléphone	<input type="text"/>	Courriel	<input type="text"/>

4. Indications médicales pour l'alimentation artificielle (cocher s.v.p.)

Diagnostic principal: (code CIM):	<input type="text"/>	← Indiquer seulement le code CIM
Origine anatomique		
Occlusion intestinale chronique (iléus chronique)		<input type="checkbox"/>
Fistules à haut débit		<input type="checkbox"/>
Sténoses inopérables de l'œsophage et de l'estomac		<input type="checkbox"/>
Fistules gatro-intestinales et entérocutanées		<input type="checkbox"/>
Syndrome de l'intestin court		<input type="checkbox"/>
Malformations		<input type="checkbox"/>
Origine neurologique		
Paralysie cérébrale		<input type="checkbox"/>
Attaque cérébro-vasculaire		<input type="checkbox"/>
Maladies dégénératives du système nerveux central		<input type="checkbox"/>
Troubles des organes de la mastication et de la déglutition		<input type="checkbox"/>
Origine organique		
Foie, cœur, poumon, reins		<input type="checkbox"/>
Pancréas		<input type="checkbox"/>
Tumeur maligne		<input type="checkbox"/>
Infections chroniques		
Polyarthrite chronique		<input type="checkbox"/>
Endocardite		<input type="checkbox"/>
VIH / SIDA		<input type="checkbox"/>
Tuberculose		<input type="checkbox"/>
Indications spéciales		
Troubles graves de malabsorption et diarrhées sévères		<input type="checkbox"/>
Troubles de la motilité intestinale		<input type="checkbox"/>
Fibrose kystique		<input type="checkbox"/>
Entérite radique		<input type="checkbox"/>
Anorexie mentale		<input type="checkbox"/>
Maladies intestinales inflammatoires chroniques (maladie de Crohn, colite ulcéreuse)		<input type="checkbox"/>
Troubles congénitaux du métabolisme		<input type="checkbox"/>

5. Indications anamnestiques / Degré de dénutrition

Date du diagnostic	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Etat nutritionnel satisfaisant
Taille en cm	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Risque de dénutrition
Poids actuel en kg	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mauvais état nutritionnel
Poids normal avant la maladie en kg	<input type="text"/>	Remarques:
Perte de poids involontaire au cours du dernier mois en kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Perte de poids involontaire au cours des six derniers mois en kg	<input type="text"/>	

Nom

6. Traitement prévu dans le cadre de l'alimentation artificielle à domicile

(cocher s.v.p.)

<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Entéral	<input type="checkbox"/> Parentéral
	<input type="checkbox"/> Sonde d'alimentation par voie nasale <input type="checkbox"/> Sonde GEP <input type="checkbox"/> Bouton/sonde avec ballon <input type="checkbox"/> Sonde FCJ <input type="checkbox"/> Sonde GEP-J	<input type="checkbox"/> Cathéter veineux central <input type="checkbox"/> Cathéter veineux périphérique

7. Indications thérapeutiques

Les assureurs-maladie affiliés à la SVK prennent en charge les solutions nutritives, les systèmes d'application ainsi que le matériel à usage unique des fabricants/home care services avec lesquels des conventions de la SVK ont été signées. Les produits sont choisis "**selon la prescription**".

a)

Mode d'alimentation (oral / entéral / parentéral)	Application (uniquement entérale)
<input type="checkbox"/> Produits standard avec nutriments définis	<input type="checkbox"/> Par gravité
<input type="checkbox"/> Produits riches en protéines	<input type="checkbox"/> Par pompe d'alimentation
<input type="checkbox"/> Produits standard adaptés à la maladie	<input type="checkbox"/> Autre


b)

Couverture des besoins grâce à l'alimentation artificielle
<input type="checkbox"/> Complète (> 6.3 MJ/1500 kcal)
<input type="checkbox"/> Partielle (3.3 - 6.3 MJ/800 - 1500 kcal)
<input type="checkbox"/> Complémentaire (< 3.3 MJ/800 kcal)

c)

Autonomie
<input type="checkbox"/> Le patient est autonome
<input type="checkbox"/> Le patient est soutenu par des proches/a besoin de Spitex uniquement au début
<input type="checkbox"/> Le patient a besoin d'un soutien à long terme de Spitex/de soins

8. Home Care Service

<input type="checkbox"/> Farmadomo Home Care Ticino, Lugano	<input type="checkbox"/> HomeCare Mittelland Plus, Olten
<input type="checkbox"/> Fresenius Kabi (Schweiz) AG, Oberdorf NW	<input type="checkbox"/> Home Care Nordstern, Schaffhouse
<input type="checkbox"/> Grosse Apotheke und Laboratorium Dr. G. Bichsel, Interlaken	<input type="checkbox"/> Home Care Studer GmbH, Liestal
<input type="checkbox"/> Homecare Gächter, Birsfelden	<input type="checkbox"/> Nutradom, Peseux
<input type="checkbox"/> "un service de Home Care reconnu par la SSNC"	<input type="checkbox"/> Pharmadom Sàrl, Moudon
<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Oui, j'accepte que le Home Care Service sélectionné ci-dessus reçoive une copie de ce formulaire et qu'il ait ainsi accès à mes données médicales .	
Date, signature: _____	

9. Conseils en diététique/Observations/Précisions/Objectifs de la thérapie

Le formulaire intégralement rempli, signé par le médecin et le patient, doit être envoyé à:

SVK, Département APS (NUT), Service du médecin-conseil, Muttenstrasse 3, case postale, 4502 Soleure, fax 032 626 57 57