

Demande de garantie de prise en charge des coûts pour une immuno-nutrition additive préopératoire de 5 à 7 jours à domicile

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'immunonutrition additive préopératoire (orale) 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.**

1. Patient


| | |
|--|--|
| Nom <input style="width: 90%;" type="text"/> | Prénom <input style="width: 90%;" type="text"/> |
| Date de naissance <input style="width: 80%;" type="text"/> | <input type="radio"/> féminin <input type="radio"/> masculin Langue <input style="width: 80%;" type="text"/> |
| Adresse <input style="width: 98%;" type="text"/> | |
| NPA, lieu <input style="width: 98%;" type="text"/> | |
| Assureur-maladie <input style="width: 80%;" type="text"/> | Numéro d'assuré <input style="width: 80%;" type="text"/> |

Prière de mettre une croix dans la case qui convient:

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.

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: _____



2. Médecin prescripteur (assumant la responsabilité principale du patient)

| | |
|--|---|
| Nom <input style="width: 90%;" type="text"/> | Prénom <input style="width: 90%;" type="text"/> |
| Adresse <input style="width: 80%;" type="text"/> | N° RCC <input style="width: 80%;" type="text"/> |
| NPA, lieu <input style="width: 98%;" type="text"/> | |
| Téléphone <input style="width: 80%;" type="text"/> | Courriel <input style="width: 80%;" type="text"/> |

Date, signature: _____



Nom

3. Indications médicales pour l'immunonutrition additive préopératoire de 5 à 7 jours (cocher s.v.p.)

- La supplémentation n'est indiquée que si le/la patient(e) doit se soumettre à une opération de résection

| | |
|--|----------------------------------|
| Diagnostic principal: (code CIM) <input type="text"/> | ← Indiquer seulement le code CIM |
| Maladie cancéreuse (avec et sans malnutrition) | |
| Résection d'un carcinome de l'œsophage | <input type="checkbox"/> |
| Résection d'un carcinome gastrique avec une gastrectomie totale ou une résection de l'estomac aux deux tiers | <input type="checkbox"/> |
| Résection du pancréas d'après Whipple ou résection partielle du pancréas | <input type="checkbox"/> |
| Résection lors de carcinome de la langue, du pharynx et du larynx y compris curage cervical | <input type="checkbox"/> |
| Hémi-hépatectomie | <input type="checkbox"/> |
| Transplantation (avec et sans malnutrition) | |
| Greffe du foie | <input type="checkbox"/> |
| Greffe du poumon | <input type="checkbox"/> |
| Greffe du cœur | <input type="checkbox"/> |
| Cancer du côlon avec malnutrition | |
| Colectomie partielle ou totale | <input type="checkbox"/> |
| Résection du rectum partielle ou totale | <input type="checkbox"/> |

4. Intervention chirurgicale

Date prévue de l'opération

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 <input type="text"/> |
| Perte de poids involontaire au cours du dernier mois en kg | <input type="text"/> | |
| Perte de poids involontaire au cours des six derniers mois en kg | <input type="text"/> | |

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**".

| Type d'alimentation | Nom du produit | Nom du fabricant |
|---|----------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Immunonutrition additive max. 5 à 7 jours | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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, Schaffhausen |
| <input type="checkbox"/> Grosse Apotheke und Labratorium Dr. G. Bichsel, Interlaken | <input type="checkbox"/> Home Care Studer GmbH, Liestal |
| <input type="checkbox"/> Homecare Gächter, Birsfelden | <input type="checkbox"/> Nutradom, Peseux |
| "un service de Home Care reconnu par la SSNC" | <input checked="" type="checkbox"/> Proximos SA, 1227 Carouge |

Ja Ich bin damit einverstanden, dass der oben gewählte Home Care Service eine Kopie dieses Formulars erhält. Der **Home Care Service** hat somit **Einsicht in meine medizinischen Daten**.

Datum, Unterschrift: _____  Hier unterschreiben

9. Adresse secrétariat/département concerné par la garantie de prise en charge des coûts

10. 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