santéservices

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). Le patient peut en principe choisir librement chez quel fournisseur de prestations il veut obtenir le produit requis. 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 santéservices ag | Prestations spéciales 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 _____ Prénom _____

Date de naissance _____ ◯ féminin ◯ masculin Langue _____

Adresse _____

NPA, Lieu _____

Assureur-maladie _____ Numéro d'assuré _____

Prière de mettre une croix dans la case qui convient:

☐ **Oui** Je donne mon accord à ce que, conformément au chiffre 9, 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 10, 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: _____ Signer ici

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

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____ N° RCC _____

NPA, lieu _____

Téléphone _____ Courriel _____

Date, signature: _____ Signer ici

Nom

4. Questions concernant des infirmités congénitales

(remplir uniquement si une IC existe ou si une annonce correspondante a été faite auprès de l'AI)

Existe-t-il déjà une décision de l'AI?	☐ Oui, n° d'IC		☐ Non
Une demande de reconnaissance d'une infirmité congénitale a-t-elle déjà été faite, mais la décision n'a pas encore été rendue?	☐ Oui		☐ Non
La thérapie nutritionnelle est-elle en relation avec l'infirmité congénitale annoncée?	☐ Oui		☐ Non

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

Diagnostic principal: (code CIM): ⇐ Indiquer seulement le code CIM

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

6. Indications anamnestiques / Degré de dénutrition

Date du diagnostic		☐ Etat nutritionnel satisfaisant	
Taille en cm		☐ Risque de dénutrition	
Poids actuel en kg		☐ Mauvais état nutritionnel	
Poids normal avant la maladie en kg		Remarques:	
Perte de poids involontaire au cours du dernier mois en kg			
Perte de poids involontaire au cours des six derniers mois en kg			

Nom

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

(cocher s.v.p.)

☐ **Oral**	☐ **Entéral**	☐ **Parentéral**
	☐ Sonde d'alimentation par voie nasale ☐ Sonde GEP ☐ Bouton/sonde avec ballon ☐ Sonde FCJ ☐ Sonde GEP-J	☐ Cathéter veineux central ☐ Cathéter veineux périphéri que

8. Indications thérapeutiques

Les assureurs-maladie affiliés à la santéservices ag | Prestations spéciales 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 Prestations spéciales ont été signées. Les produits sont choisis **"selon la prescription"**.

a)

Mode d'alimentation (oral / entéral / parentéral)	**Application (uniquement entérale)**
☐ Produits standard avec nutriments définis	☐ Par gravité
☐ Produits riches en protéines	☐ Par pompe d'alimentation
☐ Produits standard adaptés à la maladie	☐ Autre

b)

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

c)

Autonomie
☐ Le patient est autonome
☐ Le patient est soutenu par des proches/a besoin de Spitex uniquement au début
☐ Le patient a besoin d'un soutien à long terme de Spitex/de soins

9. Home Care Service

☐ AxelCare SA - Pharmacie Nyon Fontaines
☐ Farmadomo Home Care Ticino e Moesano
☐ FresuCare AG
☐ Grosse Apotheke und Laboratorium Dr. G. Bichsel
☐ Homecare Apotheke Burgdorf
☐ HomeCare Bern-Basel
☐ HomeCare Mittelland Plus (Central Apotheke)
☐ HomeCare Nordstern, Schaffhausen
☐ HomeCare Ti-CURO
☐ Innoval HomeCare Vollservice AG
☐ Pharmadom Sàrl
☐ Proximos
☐ Sitex SA

Autres

☐ 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: _____ Signer ici

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

Le formulaire intégralement rempli, signé par le médecin et le patient, doit être envoyé à: **santéservices sa | Prestations spéciales** | Muttenstrasse 3 | 4502 Soleure | santéservices.ch | nut@santeservices.ch