

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). 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 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: _____



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

Nom	Prénom
Adresse	N° RCC
NPA, lieu	
Téléphone	Courriel

Date, signature: _____



Nom

4. 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)		← Indiquer seulement le code CIM
Maladie cancéreuse / tumeur maligne (avec et sans malnutrition)		
Résection d'un carcinome de l'œsophage		☐
Résection d'un carcinome gastrique avec une gastrectomie totale ou une résection de l'estomac aux deux tiers		☐
Résection du pancréas d'après Whipple ou résection partielle du pancréas		☐
Résection lors de carcinome de la langue, du pharynx et du larynx y compris curage cervical		☐
Hémi-hépatectomie		☐
Transplantation (avec et sans malnutrition)		
Greffe du foie		☐
Greffe du poumon		☐
Greffe du cœur		☐
Cancer du côlon avec malnutrition		
Colectomie partielle ou totale		☐
Résection du rectum partielle ou totale		☐

5. Intervention chirurgicale

Date prévue de l'opération	
----------------------------	----------------------

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		

7. 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 santéservices ag | Prestations spéciales ont été signées. Les produits sont choisis "**selon la prescription**".

Type d'alimentation	Nom du produit	Nom du fabricant
☐ Immunonutrition additive max. 5 à 7 jours		

8. Home Care Service

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

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

10. Observations/Précisions/Objectifs de la thérapie