

# Ordonnance pour nutrition artificielle à domicile

Nutrition orale, alimentation par sonde et nutrition parentérale

## 1 Patient

|         |                  |                     |
|---------|------------------|---------------------|
| Prénom  | Nom              | Date de naissance   |
| Rue, n° | NPA/Localité     | Numéro de téléphone |
| E-mail  | Assureur-maladie | Numéro-client       |

**Oui.** J'accepte que l'ordonnance ou une copie de celle-ci soit envoyée au service Home Care figurant au chiffre 7 ainsi qu'au service diététique s'il figure nommément au chiffre 8 et que ceux-ci prennent en charge les soins requis conformément aux directives de la Société Suisse de Nutrition Clinique (SSNC). Tout le personnel qualifié travaillant dans le système de santé suisse est soumis au secret professionnel. Mes données seront traitées de manière confidentielle et conforme à la protection des données.

**Non.** Je ne suis pas d'accord que l'ordonnance ou une copie de celle-ci soit transmise. Je prends acte du fait que je dois régler moi-même la facture du service Home Care et demander ensuite son remboursement à mon assureur-maladie.

**J'accepte que mes données, après avoir été anonymisées, soient évaluées par le service Home Care et utilisées par la SSNC à des fins statistiques.**

## 2 Médecins

### 2.1 Médecin prescripteur (assumant la responsabilité principale du patient)

|              |            |                     |
|--------------|------------|---------------------|
| Prénom       | Nom        | Rue, n°             |
| NPA/Localité | Numéro RCC | Numéro de téléphone |

### 2.2 Médecin de famille ou médecin responsable des traitements à long terme

|              |            |                     |
|--------------|------------|---------------------|
| Prénom       | Nom        | Rue, n°             |
| NPA/Localité | Numéro RCC | Numéro de téléphone |

## 3 Indications médicales pour la nutrition artificielle (cocher le code)

Diagnostic principal (indiquer uniq. le code CIM)

Origine anatomique

- Occlusion intestinale chronique (iléus chronique)
- Fistules à haut débit
- Sténoses inopérables de l'œsophage et de l'estomac
- Fistules gastro-intestinales et entérocutanées
- Syndrome de l'intestin court
- Malformations

Origine neurologique

- Paralysie cérébrale
- Attaque cérébro-vasculaire
- Maladies dégénératives du système nerveux central
- Trouble des organes de la mastic. et de la déglutition

**Autres indications**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Foie, cœur, poumons, reins   | <input type="checkbox"/> Pancréas         |
| <input type="checkbox"/> Tumeur maligne   | <input type="checkbox"/> Endocardite      |
| <input type="checkbox"/> Polyarthrite rhumatoïde  | <input type="checkbox"/> Tuberculose      |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA   | <input type="checkbox"/> Fibrose kystique |
| <input type="checkbox"/> Troubles de la motilité intestinale  | <input type="checkbox"/> Anorexie mentale |
| <input type="checkbox"/> Entérite radique   |   |
| <input type="checkbox"/> Troubles graves de malabsorption et diarrhées sévères                                |   |
| <input type="checkbox"/> Maladies intestinales inflammatoires chroniques (maladie de Crohn, colite ulcéreuse) |   |
| <input type="checkbox"/> Troubles congénitaux du métabolisme  |   |

**4 Indications anamnestiques / degré de dénutrition**

|                                     |                      |  |                      |  |                      |
|-------------------------------------|----------------------|--|----------------------|--|----------------------|
| Date du diagnostic                  | <input type="text"/> | Taille en cm   | <input type="text"/> | Poids actuel en kg   | <input type="text"/> |
| Poids normal en kg avant la maladie | <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"/> |

**5 Traitement prévu dans le cadre de la nutrition artificielle à domicile**

|                                      |   |  |  |
|--------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Orale       | <input type="text"/>  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Entérale    | <input type="checkbox"/> Sonde d'alimentation par voie nasale | <input type="checkbox"/> Sonde GEP                     |  |
|                                      | <input type="checkbox"/> Bouton/sonde à ballonnet             | <input type="checkbox"/> Sonde FCJ                     |  |
|                                      | <input type="checkbox"/> Sonde PEJ                            |  |  |
| <input type="checkbox"/> Parentérale | <input type="checkbox"/> Cathéter veineux central             | <input type="checkbox"/> Cathéter veineux périphérique |  |

**6 Indications thérapeutiques concernant le mode d'alimentation**

|                      |                      |                                      |                                  |   |
|----------------------|----------------------|--------------------------------------|----------------------------------|---|
| Nom du produit       | Fabricant            | <input type="checkbox"/> Application | <input type="checkbox"/> Gravité | <input type="checkbox"/> Pompe d'alimentation |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |                                      |                                  |   |
| Nom du produit       | Fabricant            | <input type="checkbox"/> Application | <input type="checkbox"/> Gravité | <input type="checkbox"/> Pompe d'alimentation |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |                                      |                                  |   |

**7 Service Home Care**

Avenue Alexandre Vinet 15  
1815 Clarens-Montreux  
VD Suisse

**8 Conseils diététiques**

Remarques/informations complémentaires/objectifs thérapeutiques

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

|      |      |                                |
|------|------|--------------------------------|
| Lieu | Date | Signature du patient           |
|      |      |                                |
| Lieu | Date | Timbre et signature du médecin |
|      |      |                                |

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

**Pharmacie de Clarens SA**  
**Avenue Alexandre Vinet 15**  
**1815 Clarens-Montreux**  
**VD Suisse**  
 Ou par email : [pharmaciedeclarens@hin.ch](mailto:pharmaciedeclarens@hin.ch)