

Ordonnance pour nutrition artificielle à domicile

Nutrition orale, alimentation par sonde et nutrition parentérale

1 Patient

Prénom	Nom	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue, n°	NPA/Localité	Numéro de téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail	Assureur-maladie	Numéro-client
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- ☐ **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°
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NPA/Localité	Numéro RCC	Numéro de téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Prénom	Nom	Rue, n°
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NPA/Localité	Numéro RCC	Numéro de téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Diagnostic principal (indiquer uniq. le code CIM)

Origine anatomique

<input type="checkbox"/> 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 gastro-intestinales et entérocutanées
<input type="checkbox"/> Syndrome de l'intestin court	<input type="checkbox"/> Malformations

Origine neurologique

<input type="checkbox"/> Paralyse cérébrale	<input type="checkbox"/> Attaque cérébro-vasculaire
<input type="checkbox"/> Maladies dégénératives du système nerveux central	<input type="checkbox"/> 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

Taille en cm

Poids actuel en kg

Poids normal en kg
avant la maladiePerte de poids involontaire au
cours du dernier mois en kgPerte de poids involontaire au
cours des six derniers mois en kg**5 Traitement prévu dans le cadre de la nutrition artificielle à domicile**☐ **Orale**☐ **Entérale**

- ☐
- Sonde d'alimentation par voie nasale
-
- ☐
- Bouton/sonde à ballonnet
-
- ☐
- Sonde PEJ

- ☐
- Sonde GEP
-
- ☐
- Sonde FCJ

☐ **Parentérale**☐ Cathéter veineux central☐ Cathéter veineux périphérique**6 Indications thérapeutiques concernant le mode d'alimentation**

Nom du produit

Fabricant

Application ☐ Gravité ☐ Pompe d'alimentation

Nom du produit

Fabricant

Application ☐ Gravité ☐ Pompe d'alimentation**7 Service Home Care****PHARMACIE DE CLARENS**Avenue Alexandre Vinet 15
1815 Clarens-Montreux
VD Suisse**8 Conseils diététiques**

Remarques/informations complémentaires/objectifs thérapeutiques

Lieu	Date	Signature du patient
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu	Date	Timbre et signature du médecin
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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