

Alimentation buvable | au moyen d'une sonde | parentérale

Ordonnance pour l'alimentation artificielle à domicile

1 Veuillez tenir compte des remarques importantes suivantes

Conformément à la loi (chapitre 2.1 annexe 1 OPAS), la prise en charge des prestations par l'assurance-maladie obligatoire nécessite une ordonnance médicale, mais pas de garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie. En théorie, l'ordonnance peut également être rédigée sur un "bloc d'ordonnances" médical. Dans la pratique, il s'est avéré que les spécialistes en conseils nutritionnels ou d'un prestataire de nutrition à domicile, en particulier, ont besoin d'informations supplémentaires, comme le diagnostic ou l'évolution du poids, pour mettre en œuvre une thérapie nutritionnelle artificielle efficace en ambulatoire. C'est la raison pour laquelle la Société Suisse de Nutrition Clinique (SSNC) a développé ce formulaire. Il s'agit uniquement d'une recommandation d'utiliser ce formulaire, et non d'une exigence des assureurs-maladie. La patiente | Le patient décide elle-même | lui-même si ses données peuvent être transmises ou non par le médecin sous cette forme, voir section 1 de ce formulaire. L'ordonnance ne doit pas être envoyée en premier lieu à l'assureur-maladie. Si la case OUI est cochée dans la section 1, le médecin prescripteur peut envoyer l'ordonnance directement au prestataire Homecare souhaité. Le prestataire Homecare ou le service de diététique doit conserver cette ordonnance et la présenter en cas de demande de l'assureur-maladie. prescription. Sur demande, le prestataire Homecare ou le service de diététique doit transmettre l'ordonnance à l'assureur-maladie.

Les assureurs-maladie* Helsana | Sanitas | KPT acceptent la facturation d'un prestataire Homecare ou d'un service de diététique via le système du tiers payant et délèguent la conservation appropriée de l'ordonnance ou de la prescription. Sur demande, le prestataire Homecare ou le service de diététique doit transmettre l'ordonnance à l'assureur-maladie.

2 Données du patient

Nom | Prénom

Date de naissance

Rue | No

NPA | Localité

E-mail

Téléphone

Assureur-maladie

Numéro d'assuré

SECTION 1

OUI. J'accepte que l'ordonnance ou une copie de celle-ci soit envoyée au prestataire Homecare ou au service de diététique mentionné, si le nom est indiqué, et que celui-ci prenne en charge mes soins conformément aux directives de la SSNC. Le prestataire Homecare | Le service de diététique est tenu d'utiliser les données médicales de manière confidentielle et uniquement dans le cadre de mes soins et ne doit pas transmettre de données médicales.

Si oui, je suis en outre d'accord pour que les données soient évaluées sous forme anonyme par le prestataire Homecare ou le service de diététique et utilisées à des fins statistiques par la SSNC.

Bien que j'accepte que mes données soient transmises au prestataire Homecare ou au service de diététique , je ne souhaite pas que mes données soient évaluées par le prestataire Homecare ou le service de diététique et utilisées à des fins statistiques par la SSNC.

NON. Je ne suis pas d'accord que l'ordonnance ou une copie de celle-ci soit transmise et je prends acte que je devrai éventuellement payer moi-même la facture du prestataire Homecare ou du service de diététique et en demander le remboursement auprès de l'assurance maladie. J'enverrai l'ordonnance médicale requise par l'assurance maladie - ce formulaire ou une autre ordonnance écrite - à l'assurance maladie en même temps que la facture.

3 Médecin prescripteur

Nom | Prénom

No RCC

Rue | No

NPA | Localité

E-mail

Téléphone

4 Médecin de famille ou médecin traitant

Nom | Prénom

No RCC

Rue | No

NPA | Localité

E-mail

Téléphone

SECTION 2

(A remplir par le médecin. Données facultatives, selon le souhait de la patiente | du patient)

5 Indications médicales pour l'alimentation artificielles (cocher le code)

Diagnostic principal : (code ICD) :

Origine anatomique

<input type="checkbox"/> Occlusion intestinale chronique (iléus chronique)	<input type="checkbox"/> Fistules à haut débit
<input type="checkbox"/> Sténoses inopérables de l'oesophage et de l'estomac	<input type="checkbox"/> Syndrome de l'intestin court
<input type="checkbox"/> Fistules gastro-intestinales et entérocutanées	<input type="checkbox"/> Malformations

Origine neurologique

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

Origine organique

<input type="checkbox"/> Foie, cœur, poumon, reins	<input type="checkbox"/> Tumeur maligne
<input type="checkbox"/> Pancréas	

Infections chroniques

<input type="checkbox"/> Polyarthrite chronique	<input type="checkbox"/> VIH / SIDA
<input type="checkbox"/> Endocardite	<input type="checkbox"/> Tuberculose

Indications spéciales

<input type="checkbox"/> Troubles graves de malabsorption et diarrhées sévères	<input type="checkbox"/> Fibrose kystique
<input type="checkbox"/> Maladie intestinale inflammatoire Chroniques (Maladie de Crohn, colite ulcéreuse)	<input type="checkbox"/> Entérite radique
<input type="checkbox"/> Troubles congénitaux du métabolisme	<input type="checkbox"/> Anorexie mentale
<input type="checkbox"/> Troubles de la mobilité intestinale	

6 | Indications anamnestique | degré de dénutrition

Date du diagnostic

Poids normal avant maladie (kg)

Taille (cm)

Perte de poids involontaire au cours du dernier mois (kg)

Poids actuel (kg)

Perte de poids involontaire au cours des six derniers mois (kg)

7 | Traitement prévu dans la cadre de l'alimentation artificielle à domicile (à cocher s.v.p.)

<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Entéral	<input type="checkbox"/> Parentéral
	<input type="checkbox"/> Sonde d'alimentation voie nasale	<input type="checkbox"/> Cathéter veineux central
	<input type="checkbox"/> Sonde PEG	<input type="checkbox"/> Cathéter veineux périphérique
	<input type="checkbox"/> Bouton sonde à ballonnet	
	<input type="checkbox"/> Sonde GEP-J	
	<input type="checkbox"/> Sonde PEJ	
	<input type="checkbox"/> Gravité	
	<input type="checkbox"/> Pompe d'alimentation	

8 | Informations thérapeutiques, mode d'alimentation

Nom du produit

Fabricant

SECTION 3

(Remarques importantes et signature obligatoire)

9 | Prestataire HomeCare ou conseils nutritionnels



Pharmacie de Clarens SA
 Avenue Alexandre Vinet 15
 1815 Clarens-Montreux
 Suisse

10 | Compléments | Remarques pour les conseils nutritionnels | Objectifs thérapeutiques

Le formulaire dûment rempli et signé à la fois par le médecin prescripteur et la patiente | le patient doit être envoyé directement au service de nutrition à domicile choisi ou au service de diététique^[1] (sauf demande contraire expresse de la patiente | du patient).

L'assureur-maladie n'a pas besoin en premier lieu d'une copie et ne délivre pas non plus de garantie de prise en charge des coûts^[1]. L'ordonnance ne doit être envoyée à l'assureur- maladie par le prestataire Homecare ou le service de diététique que sur demande.

11

Signature de la patiente | du patient

Lieu, date

Signature de la patiente | du patient

12

Signature du médecin

Lieu, date

Signature du médecin

^[1] Cette procédure est valable pour les assureurs-maladie Helsana, Sanitas et KPT. Les autres assureurs-maladie effectuent un processus de garantie de prise en charge des coûts via la SVK.

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 CH
Ou par email : pharmaciedeclarens@hin.ch