

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 SVK 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 <input style="width: 90%;" type="text"/>	Prénom <input style="width: 90%;" type="text"/>
Date de naissance <input style="width: 80%;" type="text"/>	<input type="radio"/> féminin <input type="radio"/> masculin Langue <input style="width: 80%;" type="text"/>
Adresse <input style="width: 98%;" type="text"/>	
NPA, lieu <input style="width: 98%;" type="text"/>	
Assureur-maladie <input style="width: 80%;" type="text"/>	Numéro d'assuré <input style="width: 80%;" type="text"/>

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 <input style="width: 90%;" type="text"/>	Prénom <input style="width: 90%;" type="text"/>
Adresse <input style="width: 80%;" type="text"/>	N° RCC <input style="width: 80%;" type="text"/>
NPA, lieu <input style="width: 98%;" type="text"/>	
Téléphone <input style="width: 80%;" type="text"/>	Courriel <input style="width: 80%;" type="text"/>

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

5. Intervention chirurgicale

Date prévue de l'opération

6. Indications anamnestiques/Degré de dénutrition


Date du diagnostic	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Etat nutritionnel satisfaisant
Taille en cm	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Risque de dénutrition
Poids actuel en kg	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mauvais état nutritionnel
Poids normal avant la maladie en kg	<input type="text"/>	Remarques <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"/>	

7. Indications thérapeutiques

Les assureurs-maladie affiliés à la SVK 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 SVK ont été signées. Les produits sont choisis "**selon la prescription**".

Type d'alimentation	Nom du produit	Nom du fabricant
<input type="checkbox"/> Immunonutrition additive max. 5 à 7 jours		

8. Home Care Service

<input type="checkbox"/> Homecare Amavita Birsfelden, Birsfelden	<input type="checkbox"/> Homecare Apotheke Burgdorf, Burgdorf
<input type="checkbox"/> Homecare Amavita Liestal, Liestal	<input type="checkbox"/> HomeCare Mittelland Plus, Olten
<input checked="" type="checkbox"/> AxelCare SA, Bevaix	<input type="checkbox"/> HomeCare Nordstern,
<input type="checkbox"/> Dr. Gurtner AG, Bern-Bümpliz	<input type="checkbox"/> Volksapotheke zum Zitronenbaum
<input type="checkbox"/> Farmadomo Home Care Ticino e Moesano	<input type="checkbox"/> HomeCare Ti-CURO, Bellinzona
<input type="checkbox"/> Fresenius Kabi (Schweiz) AG, Kriens	<input type="checkbox"/> Pharmadom Sàrl, Moudon
<input type="checkbox"/> Grosse Apotheke und Laboratorium	<input type="checkbox"/> Proximos, Carouge
<input type="checkbox"/> Dr. G. Bichsel, Interlaken	<input type="checkbox"/> Sitex SA, Plan-les-Ouates
Autres <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 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: _____	
	

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

10. Observations/Précisions/Objectifs de la thérapie

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

envoyé à: **SVK, Département NUT, Mutenstrasse 3, case postale, 4502 Soleure, nut@svk.org**