

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

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

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

**7 Service Home Care****PharmaDom Sàrl**

Avenue de la Gare 1  
 CP 251  
 1510 Moudon

**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 :

**PharmaDom Sàrl**  
Avenue de la Gare 1  
Case postale 251  
1510 **Moudon**

**Ou par e-mail** : [commande@pharmadom.ch](mailto:commande@pharmadom.ch)  
**Ou par fax** : +41 21 907 60 61