

## Demande de garantie de prise en charge des coûts pour une immuno-nutrition additive préopératoire de 5 à 7 jours

### 1 Remarque importante

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.
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). Nous conseillons l'approvisionnement par un service de Home Care reconnu par la SSNC.
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.
4. **Seules les demandes intégralement remplies et signées peuvent être prises en considération.**

### 1 Patient

|                   |      |  |                 |  |  |
|-------------------|------|--|-----------------|--|--|
| Nom               |      |  | Prénom          |  |  |
| Date de naissance |      |  | Langu           |  |  |
| Adresse           |      |  |                 |  |  |
| NPA               | Lieu |  |                 |  |  |
| Assureur-maladie  |      |  | Numéro d'assuré |  |  |

#### Prière de mettre une croix dans la case qui convient :

- Oui** e 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 |  | ← Signer ici |
|------|--|-----------|--|--------------|

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

|           |      |           |            |              |  |
|-----------|------|-----------|------------|--------------|--|
| Nom       |      |           | Prénom     |              |  |
| Adresse   |      |           | Numéro RCC |              |  |
| NPA       | Lieu |           |            |              |  |
| Téléphone |      |           | Courriel   |              |  |
| Date      |      | Signature |            | ← Signer ici |  |

**3 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) :

&lt;- Indiquer seulement le code CIM

**Maladie cancéreuse (avec et sans malnutrition)**

- Résection d'un carcinome de l'œsophage
- Résection d'un carcinome gastrique avec une gastrectomie totale ou une résection de l'estomac aux deux tiers
- Résection du pancréas d'après Whipple ou résection partielle du pancréas
- Résection lors de carcinome de la langue, du pharynx et du larynx y compris curage cervical
- Hémi-hépatectomie

**Transplantation (avec et sans malnutrition)**

- Greffe du foie
- Greffe du poumon
- Greffe du cœur

**Cancer du côlon avec malnutrition**

- Colectomie partielle ou total
- le Résection du rectum partielle ou totale

**4 Indications anamnestiques / Degré de dénutrition**

Date prévue de l'opération

**5 Indications anamnestiques / Degré de dénutrition**

Date du diagnostic

Taille en cm

Poids actuel (en kg)

Poids normal avant la maladie (en kg)

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

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

 Etat nutritionnel satisfaisant Risque de dénutrition Mauvais état nutritionnel

Remarques

**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**

**PharmaDom Sàrl**  
Avenue de la Gare 1  
CP 251  
1510 **Moudon**

**Oui** J'accepte que le **Home Care Service** ci-dessus reçoive une copie de ce formulaire et qu'il ait ainsi **accès à mes données médicales**.

Date

Signature

 Signer ici**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 :**

**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