SVK | FSA

Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer
Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie
Federazione svizzera per compiti comunitari degli assicuratori malattia
Swiss association for joint tasks of health insurers

Demande de garantie de prise en charge des coûts pour l'alimentation artificielle à domicile

Alimentation buvable / au moyen d'une sonde / parentérale

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'alimentation entérale ou parentérale à domicile sont pris en charge par l'assurance de base si l'alimentation au moyen d'une sonde ou par voie intraveineuse est nécessaire. Les coûts de l'alimentation entérale sans sonde (alimentation buvable) 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.

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

Prénom

Date de naissance

☐ Féminin ☐ Masculin

Langue

Adresse

NPA

Lieu

Assureur-maladie

Numéro d'assuré

Prière de mettre une croix dans la case qui convient :

☐ **Oui** Je donne mon accord à ce que, conformément au chiffre 9, 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 10, 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

3 Médecin prescripteur (assumant la responsabilité principale du patient)

Nom

Prénom

Adresse

Numéro RCC

NPA

Lieu

Téléphone

Courriel

Date

Signature

Signer ici

4 Questions concernant des infirmités congénitales (Remplir uniquement si une IC existe ou si une annonce correspondante a été faite auprès de l'AI)

Existe-il déjà une décision de l'AI ? ☐ Oui, Numéro d'IC

☐ Non

Une demande de reconnaissance d'une infirmité congénitale a-t-elle déjà été faite, mais la décision n'a pas encore été rendue ? ☐ Oui ☐ Non

La thérapie nutritionnelle est-elle en relation avec l'infirmité congénitales annoncée ? ☐ Oui ☐ Non

5 Indications médicales pour l'alimentation artificielle (cocher s.v.p.)

Diagnostic principal : (code CIM) :

<- Indiquer seulement le code CIM

Origine anatomique
☐ Occlusion intestinale chronique (iléus chronique)
☐ Fistules à haut débit
☐ Sténoses inopérables de l'oesophage et de l'estomac
☐ Fistules gastro-intestinales et entérocutanées
☐ Syndrome de l'intestin court
☐ Malformations
Origine neurologique
☐ Paralysie cérébrale
☐ Attaque cérébro-vasculaire
☐ Maladies dégénératives du système nerveux central
☐ Troubles des organes de la mastication et de la déglutition
Origine organique
☐ Foie, coeur, poumon, reins
☐ Pancréas
☐ Tumeur maligne
Infections chroniques
☐ Polyarthrite chronique
☐ Endocardite
☐ VIH / SIDA
☐ Tuberculose
Indications spéciales
☐ Troubles graves de malabsorption et diarrhées sévères
☐ Troubles de la motilité intestinale
☐ Fibrose kystique
☐ Entérite radique
☐ Anorexie mentale
☐ Maladies intestinales inflammatoires chroniques (maladie de Crohn, colite ulcéreuse)
☐ Troubles congénitaux du métabolisme

6 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 du dernier 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 Traitement prévu dans la cadre de l'alimentation artificielle à domicile (à cocher s.v.p.)

☐ Oral	☐ Entéral	☐ Parentéral
	☐ Sonde d'alimentation par voie nasale	☐ Cathéter veineux central
	☐ Sonde GEP	☐ Cathéter veineux périphérique
	☐ Bouton/sonde avec ballon	
	☐ Sonde FCJ	
	☐ Sonde GEP-J	

8 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**".

	Mode d'alimentation (oral / entéral / parentéral)	**Application (uniquement entérale)**
a)	☐ Produits standards avec nutriments définis	☐ Par gravité
	☐ Produits riches en protéines	☐ Par pompe d'alimentation
	☐ Produits standards adaptés à la maladie	☐ Autre

	Couverture des besoins grâce à l'alimentation artificielle
b)	☐ Complète (> 6.3 MJ/1500 kcal)
	☐ Partielle (3.3 - 6.3 MJ/800 - 1500 kcal)
	☐ Complémentaire (< 3.3 MJ/800 kcal)

	Autonomie
c)	☐ Le patient est autonome
	☐ Le patient est soutenu par des proches / a besoin de Spitex uniquement au début
	☐ Le patient a besoin d'un soutien à long terme de Spitex/de soins

9 Home Care Service

PharmaDom Sàrl
Avenue de Cerjat 1
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

10 Conseils en diététique / 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 Cerjat 1
1510 **Moudon**

Ou par e-mail :
commande@pharmadom.ch **Ou par**
fax : +41 21 907 60 61