

Domanda di garanzia di assunzione dei costi per l'alimentazione artificiale a domicilio, nutrizione liquida, con sonda, parenterale

1 Paziente

Cognome, nome	Data di nascita
Via, n.	Telefono
NPA, località	
E-mail	
Assicuratore malattia	N. d'assicurato

Sì. Sono d'accordo che venga trasmessa una copia della garanzia di assunzione dei costi al servizio Home Care indicato al numero 7 e al servizio di consulenza dietetica, se indicato al numero 8, e che questi assumano la mia cura secondo le direttive della SSNC. La protezione dei dati è garantita e non viene trasmessa nessuna informazione medica.

No. No, non voglio che una copia della garanzia di assunzione dei costi venga trasmessa a terzi e prendo atto di dover provvedere personalmente al pagamento della fattura emanata dal servizio Home Care ed all'invio della stessa all'assicuratore malattia per il rimborso.

2 a) Medico prescrivente (responsabilità principale verso il paziente)

Cognome, nome	
Via, n.	N. RCC
NPA, località	Telefono

b) Medico curante (responsabile dell'alimentazione a lungo termine)

Cognome, nome	
Via, n.	N. RCC
NPA, località	Telefono

3 Indicazione medica per l'alimentazione artificiale (barrare il codice)

Diagnosi principale: (codice ICD): ← Indicare solo il codice ICD

Cause anatomiche	<input type="checkbox"/> Occlusione intestinale cronica (ileo cronico) <input type="checkbox"/> Fistole «High output» <input type="checkbox"/> Stenosi non operabile dell'esofago e dello stomaco <input type="checkbox"/> Fistole gastrointestinali ed enterocutanee <input type="checkbox"/> Sindrome dell'intestino corto <input type="checkbox"/> Malformazioni
Cause neurologiche	<input type="checkbox"/> Paralisi cerebrale <input type="checkbox"/> Insulto cerebrovascolare <input type="checkbox"/> Malattie degenerative del sistema nervoso centrale <input type="checkbox"/> Disturbi dell'apparato masticatorio e della deglutizione
Malattie degli organi	<input type="checkbox"/> Fegato, cuore, polmoni, reni <input type="checkbox"/> Pancreas <input type="checkbox"/> Tumore maligno
Infezioni croniche	<input type="checkbox"/> Poliartrite cronica <input type="checkbox"/> Endocardite <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Tbc
Indicazioni speciali	<input type="checkbox"/> Malassorbimento grave e diarrea grave <input type="checkbox"/> Disturbi della motilità intestinale <input type="checkbox"/> Fibrosi cistica <input type="checkbox"/> Enterite da radiazioni <input type="checkbox"/> Anoressia mentale <input type="checkbox"/> Malattie infiammatorie croniche dell'intestino (Morbo di Crohn, colite ulcerosa) <input type="checkbox"/> Disturbi congeniti del metabolismo

4 Dati anamnestici / grado di malnutrizione

Data della diagnosi		Peso normale prima della malattia	kg
Altezza	cm	Perdita di peso involontaria durante lo scorso mese	kg
Peso attuale	kg	Perdita di peso involontaria durante gli ultimi 6 mesi	kg
		<input type="checkbox"/>	
		Rischio per nutrizione insufficiente	Punti NRS (nutritional risk score) <input type="text"/>

5 Trattamento alimentare artificiale a domicilio previsto

- | | | |
|--------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Orale | <input type="checkbox"/> Enterale | <input type="checkbox"/> Parenterale |
| | <input type="checkbox"/> Sonda per alimentazione nasogastrica | <input type="checkbox"/> Catetere venoso centrale |
| | <input type="checkbox"/> Sonda PEG | <input type="checkbox"/> Catetere venoso periferico |
| | <input type="checkbox"/> Bottone / sonda a palloncino | |
| | <input type="checkbox"/> Sonda FKJ | |
| | <input type="checkbox"/> Sonda PEJ | |

6 Indicazione terapeutica
Modo di alimentazione

Nome di prodotto	Fabbricante	Applicazione
		Gravitazione
		<input type="checkbox"/> Pompa nutrizionale
		Gravitazione
		<input type="checkbox"/> Pompa nutrizionale

7 Servizio Home Care

-
-
-
-
- HOMECARE TI-CURO ,presso Farmacia San Gottardo
-
-
-

8 Consulenza dietetica /
osservazioni / informazioni
supplementari / obiettivi
terapeutici

Il paziente si dichiara d'accordo nel comunicare i dati contenuti in questo formulario al servizio di Home Care.

La confidenzialità dei dati è garantita.

Luogo e data

Firma del paziente

X

X

Luogo e data

Timbro e firma del medico

X

X

Inviare il formulario debitamente compilato e firmato Farmacia San Gottardo Fax 091 826 17 70

Oppure email : homecare.ticuro@gmail.com