

Domanda di garanzia di presa a carico dei costi per l'alimentazione artificiale a domicilio Groupe Mutuel Fax 058 758 52 38

1. Informazioni importanti

- 1.1. La garanzia di presa a carico dei costi può essere concessa solo in seguito a verifica ed approvazione delle indicazioni mediche e terapeutiche (scelta del prodotto) da parte di un esperto medico.
- 1.2. I costi per la nutrizione enterale e parenterale a domicilio sono presi a carico dall'assicurazione di base se è necessaria la nutrizione con sonda o intravenosa. I costi per la nutrizione enterale senza sonda (nutrizione liquida) sono presi a carico dall'assicurazione di base esclusivamente se l'indicazione è stabilita nel rispetto delle "direttive della SSNC" (allegato 1 OPre). La fornitura è effettuata attraverso un servizio di Home Care riconosciuto.
- 1.3. I sottoscritti si dichiarano d'accordo affinché i dati siano trattati dalla SSNC ed in forma anonima e siano utilizzati per fini statistici.
- 1.4. **Possono essere prese in considerazione solo le domande interamente compilate e firmate.**

2. Paziente

Cognome, Nome	.....
Data di nascita (giorno, mese, anno)	.....Sesso (f/m).....Lingua (d/f/i).....
Indirizzo	.....
CAP, domicilio	.....
Assicurazione di base	.....
Numero assicurato	.....
Assicurazione complementare	<input type="checkbox"/> se sì, quale? _____ <input type="checkbox"/> no
Questo formulario sarà trasmesso al vostro medico curante, al vostro farmacista Home Care e al vostro assicuratore	
Data, Firma	.....

3. Medico prescrivente (Responsabilità principale verso il paziente)

Cognome, Nome	.....
Titolo FMH	.....Sesso (f/m).....Lingua (d/f/i).....
Indirizzo	.....
CAP, domicilio, cantone	.....
Telefono (incl. prefisso)	.....Fax.....
Numero di concordato	.....
Data, Firma	.....

Cognome paziente: _____

4. Indicazioni mediche per l'alimentazione artificiale

Diagnosi principale: (Codice ICD): ← Indicare solo il codice ICD		
	Parenterale/ enterale	Orale
Cause anatomiche		
Occlusione intestinale cronica (ileo cronico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fistole „High output“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stenosi non operabile dell'esofago e dello stomaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fistole gastrointestinali ed enterocutanee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sindrome dell'intestino corto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malformazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cause neurologiche		
Paralisi cerebrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulto cerebro-vascolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie degenerative del SNC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disturbi dell'apparato masticatorio e della deglutizione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie degli organi		
Fegato, cuore, polmoni, reni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pancreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumore maligno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infezioni croniche		
Poliartrite cronica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocardite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tbc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indicazioni speciali		
Malassorbimento grave e diarrea grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disturbi della motilità intestinale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrosi cistica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enterite da radiazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anoressia mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie infiammatorie croniche dell'intestino (Morbo di Crohn, colite ulcerosa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disturbi congeniti del metabolismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Trattamento alimentare artificiale a domicilio

(Segnare con una croce)

<input type="checkbox"/> orale	<input type="checkbox"/> enterale	<input type="checkbox"/> parenterale
	<input type="checkbox"/> sonda per alimentazione naso-gastrica	<input type="checkbox"/> catetere venoso centrale
	<input type="checkbox"/> Sonda PEG / Button	<input type="checkbox"/> catetere venoso periferico
	<input type="checkbox"/> Button / Sonda a palloncino	
	<input type="checkbox"/> Sonda FKJ	
	<input type="checkbox"/> Sonda EPJ	

Cognome paziente:

6. Indicazioni terapeutiche

a)

Tipo di alimentazione orale, entrale, parenterale	Nome del prodotto	Applicazione (solo enterale)	Indicazione del fornitore
<input type="checkbox"/> prodotti standard con nutrienti definiti		<input type="checkbox"/> per gravità	
<input type="checkbox"/> prodotti iperproteici		<input type="checkbox"/> pompa di alimentazione	
<input type="checkbox"/> prodotti speciali adattati alla malattia		<input type="checkbox"/> altri	

b)

Copertura del fabbisogno alimentare con alimentazione artificiale
<input type="checkbox"/> totale (> 6.3 MJ/1500 kcal)
<input type="checkbox"/> parziale (3.3 – 6.3 MJ/800 – 1500 kcal)
<input type="checkbox"/> complementare (< 3.3 MJ/800 kcal)

c)

Grado di autonomia
<input type="checkbox"/> Il paziente è autonomo
<input type="checkbox"/> Il paziente ha il sostegno dei parenti / necessita dei servizi Spitex solo durante la fase iniziale
<input type="checkbox"/> Il paziente necessita dei servizi Spitex / di cure a lungo termine

7. **Home Care Service:** HOME CARE TI-CURO ALPERSICO SA , presso FARMACIA SAN GOTTARDO BELLINZONA

8. **Consulenza dietetica / Osservazioni / Informazioni supplementari / Obiettivi terapeutici**

Inviare il formulario debitamente compilato e firmato sia dal medico che dal paziente a:

FARMACIA SAN GOTTARDO, Bellinzona FAX 091/826.17.70 oppure
homecare.ticuro@gmail.com