


Cassa Malati Supra e Assura

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


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). Si consiglia la fornitura tramite un servizio di Home Care riconosciuto dalla SSNC.
- 1.3. I sottoscritti si dichiarano d'accordo affinché i dati siano trattati dalla SVK in modo centralizzato ed in forma anonima e siano utilizzati dalla SSNC per fini statistici.
- 1.4. **Possono essere prese in considerazione solo le domande interamente compilate e firmate.**

2. Paziente

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Data di nascita	<input type="text"/>	<input type="radio"/> femmina <input type="radio"/> maschio	Lingua <input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>		
CAP, domicilio	<input type="text"/>		
Assicurazione di base	<input type="text"/>	N. assicurazione	<input type="text"/>
Vogliate indicare la vostra scelta:			
<input checked="" type="checkbox"/> Si	Sono d'accordo che venga trasmessa una copia della presa a carico dei costi al servizio Home care citato al numero 8, rispettivamente al servizio di consulenza dietetica menzionato nel numero 9, e che questi assumano la mia cura secondo le direttive della SSNC. La protezione dei dati é assicurata, non viene trasmessa nessuna informazione medica.		
<input type="checkbox"/> No	No, non voglio che copia della garanzia 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 risarcimento.		
Data, Firma	<input type="text"/>		

3. a) Medico prescrivente (Responsabilità principale verso il paziente)

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>	Nr.RCC	<input type="text"/>
CAP, domicilio	<input type="text"/>		
Telefono	<input type="text"/>	e - Mail	<input type="text"/>
Data, Firma	<input type="text"/>		

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

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>	Nr.RCC	<input type="text"/>
CAP, domicilio	<input type="text"/>		
Telefono	<input type="text"/>	e - Mail	<input type="text"/>

5. Indicazione medica per l'alimentazione artificiale (Crociare il codice)

Diagnosi principale: (Codice ICD): <input type="text"/>	Indicare solo il codice ICD
Cause anatomiche	
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	<input type="checkbox"/>
Cause neurologiche	
Paralisi cerebrale	<input type="checkbox"/>
Insulto cerebro-vascolare	<input type="checkbox"/>
Malattie degenerative del SNC	<input type="checkbox"/>
Disturbi dell'apparato masticatorio e della deglutizione	<input type="checkbox"/>
Malattie degli organi	
Fegato, cuore, polmoni, reni	<input type="checkbox"/>
Pancreas	<input type="checkbox"/>
Tumore maligno	<input type="checkbox"/>
Infezioni croniche	
Poliartrite cronica	<input type="checkbox"/>
Endocardite	<input type="checkbox"/>
HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>
Tbc	<input type="checkbox"/>
Indicazioni speciali	
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	<input type="checkbox"/>

5. Dati anamnestici / Grado di malnutrizione

Data della diagnosi	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> stato nutrizionale soddisfacente
Altezza	<input type="text"/> cm	<input type="checkbox"/> rischio di malnutrizione
Peso attuale	<input type="text"/> kg	<input type="checkbox"/> stato nutrizionale non soddisfacente
Peso normale prima della malattia	<input type="text"/> kg	Osservazioni:
Perdita di peso involontaria Durante lo scorso mese	<input type="text"/> kg	<input type="text"/>
Perdita di peso involontaria durante gli ultimi 6 mesi	<input type="text"/> kg	

6. 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/Ballonsonde	
	<input type="checkbox"/> sonda FKJ	
	<input type="checkbox"/> sonda EPJ	

7. Indicazioni terapeutiche

L'assicuratore malattia affiliato alla SVK si assume unicamente i costi delle soluzioni nutritive, dei sistemi di applicazione e del materiale di consumo dei fornitori/del servizio Home Care che hanno sottoscritto un contratto con la SVK.

a)

Tipo di alimentazione orale, enterale, parenterale	Applicazione (solo enterale)
<input type="checkbox"/> prodotti standard con nutrienti definiti	<input type="checkbox"/> per gravita
<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"/> totale (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

8. Servizio Home Care:

<p>HEMOCARE TI-CURO ALPERSICO SA , presso Farmacia San Gottardo Bellinzona</p>
--

9. Consulenza dietetica / Osservazioni / Informazioni supplementari / Obiettivi terapeutici

Il paziente si dichiara d'accordo nel comunicare i dati contenuti in questo formulario al servizio Home Care. La confidenzialità dei dati è garantita

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

FARMACIA SAN GOTTARDO, Bellinzona FAX 091/826.17.70