

Richiesta di garanzia dei costi per l'alimentazione artificiale a domicilio

1. Informazioni importanti

- 1.1. La concessione della garanzia dei costi da parte della SVK costituisce la premessa per la presa a carico dei costi dell'alimentazione artificiale a domicilio da parte degli assicuratori malattia affiliati alla SVK.
- 1.2. La concessione della garanzia dei costi avviene unicamente dopo valutazione ed accettazione delle indicazioni e dei dati terapeutici (scelta dei prodotti) da parte dei periti medici autorizzati dalla Società Svizzera di Nutrizione Clinica (SSNC).
- 1.3. I costi dell'alimentazione artificiale a domicilio vengono presi a carico dall'assicurazione di base unicamente nei casi in cui si rende necessaria un'alimentazione via sonda e se il servizio è preso a carico da un agente Home Care certificato. In tutti gli altri casi (alimentazione per via orale) i costi sono presi a carico dall'assicurazione complementare.
- 1.4. La concessione della garanzia dei costi è assicurata unicamente se vengono rispettate le direttive relative all'alimentazione artificiale emanate dalla Società Svizzera di Nutrizione Clinica (SSNC).
- 1.5. I sottoscritti dichiarano di accettare che i dati qui di seguito vengano trattati in forma anonima da parte della SVK e vengano usati dalla SSNC a fini statistici.
- 1.6. Verranno elaborati unicamente i formulari di richiesta riempiti in ogni loro punto e muniti di firma.

2. Paziente

Cognome, Nome	.....
Data di nascita (giorno,meso,anno)	.....Sesso (f/m).....Lingua (d/f/i).....
Indirizzo	.....
CAP, domicilio	.....
Assicurazione di base	.....
N. assicurazione	.....
Assicurazione complementare	<input type="checkbox"/> Se sì, quale?..... <input type="checkbox"/> No
Vogliate indicare la vostra scelta:	
Oui <input type="checkbox"/>	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 è assicurata, non viene trasmessa nessuna informazione medica.
No <input type="checkbox"/>	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	.....

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

Cognome, Nome	.....
Indirizzo	.....
CAP, domicilio	.....
Telefono (incl.prefisso)	.....Fax.....
Data, Firma	.....

Cognome paziente:

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

Cognome, nome

Indirizzo

CAP, domicilio

Telefono (incl. prefisso)

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

Diagnosi principale: (Codice ICD): 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 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="checkbox"/> stato nutrizionale soddisfacente
Altezza .....cm	<input type="checkbox"/> rischio di malnutrizione
Peso attuale .....kg	<input type="checkbox"/> stato nutrizionale non soddisfacente
Peso normale prima della malattia .....kg	Osservazioni:
Perdita di peso involontaria	.....
Durante lo scorso meso .....	.....
Perdita di peso involontaria	.....
durante gli ultimi 6 mesi .....	.....

Cognome paziente:

6. Trattamento alimentare artificiale a domicilio

(Segnare con una croce)

<input type="checkbox"/> oral	<input type="checkbox"/> enteral	<input type="checkbox"/> parenteral
	<input type="checkbox"/> sonda per alimentazione nasogastrica	<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, entrale, parenterale	Nome del prodotto	Applicazione (solo enterale)	Indicazione del fornitore
<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"/> 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

8. Servizio Home Care: **Homecare Ti-Curo Alpersico Sa**, presso Farmacia San Gottardo Bellinzona

.....

9. 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@hotmail.com