


Domanda di garanzia di presa a carico dei costi per una immunonutrizione additiva preoperatoria di 5-7 giorni a domicilio

1. Informazioni importanti

- 1.1. La garanzia di presa a carico dei costi può essere concessa solo in seguito a verifica e approvazione delle indicazioni mediche e terapeutiche (scelta del prodotto) da parte di un esperto medico.
- 1.2. I costi per l'immunonutrizione additiva preoperatoria (orale) sono presi a carico dall'assicurazione di base unicamente 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 accettano che 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		Nome	
Data di nascita		<input type="radio"/> femmina <input type="radio"/> maschio	lingua
Indirizzo			
CAP, luogo			
Assicuratore malattia		N° d'assicurato	
Barrate la vostra scelta con una crocetta:			
<input type="checkbox"/> Si	Sono d'accordo che una copia della garanzia di presa a carico dei costi venga trasmessa al Servizio Home Care citato al punto 8, nonché al servizio di consulenza dietetica o alla segreteria, se menzionati al punto 9, 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.		
<input type="checkbox"/> No	Non sono d'accordo che una copia della garanzia di presa a carico dei costi venga trasmessa a terzi e prendo atto di dover provvedere personalmente al pagamento della fattura emessa dal Servizio Home Care nonché a richiederne il rimborso all'assicuratore malattia.		
Data, firma	_____		



3. Medico prescrivente (responsabilità principale del paziente)

Cognome		Nome	
Indirizzo		N°CAMS	
CAP, luogo			
Telefono		E-mail	
Data, firma	_____		



4. Indicazioni mediche per l'immunonutrizione additiva preoperatoria di 5 – 7 giorni (segnare l'indicazione con una crocetta)

L'integratore alimentare è indicato solo se il/la paziente deve sottoporsi ad un intervento di resezione

Diagnosi principale: (Codice ICD) :	<input type="text"/>	← indicare solo il Codice ICD
Malattia cancerogena (con e senza malnutrizione)		
Resezione di un carcinoma esofageo		<input type="checkbox"/>
Resezione di un carcinoma dello stomaco con una gastrectomia totale o parziale dei 2/3 dello stomaco		<input type="checkbox"/>
Resezione pancreatico secondo Whipple o resezione pancreatico parziale		<input type="checkbox"/>
Resezione di un tumore della lingua, della faringe, della laringe, compresa una dissezione del collo Emiepatectomia		<input type="checkbox"/>
Trapianto (con e senza malnutrizione)		
Trapianto epatico		<input type="checkbox"/>
Trapianto polmonare		<input type="checkbox"/>
Trapianto di cuore		<input type="checkbox"/>
Malattia cancerogena del colon con malnutrizione		
Colectomia parziale o totale		<input type="checkbox"/>
Resezione parziale o totale del retto		<input type="checkbox"/>

5. Intervento chirurgico

Operazione prevista per il (data)	<input type="text"/>
-----------------------------------	----------------------

6. Dati anamnestici / Grado di malnutrizione

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

7. Indicazioni terapeutiche

Gli assicuratori malattia affiliati alla SVK assumono i costi delle soluzioni nutritive, dei sistemi di applicazione e del materiale di consumo dei fornitori/dei servizi Home Care che hanno sottoscritto un contratto con la SVK. La scelta del prodotto viene effettuata "**secondo prescrizione**".

Tipo di alimentazione	Nome del prodotto	Nome del produttore
<input type="checkbox"/> immunonutrizione additiva max. 5 - 7 giorni		

8. Servizio Home Care

HomeCare TI-CURO Alpersico SA

Sì, accetto che il servizio Home Care scelto qui sopra riceva una copia del presente modulo. Il **servizio Home Care** può quindi prendere **visione dei miei dati medici**.

Data, firma: _____



9. Indirizzo della segreteria / del dipartimento a cui comunicare la garanzia di presa a carico dei costi

10. Osservazioni / Precisazioni / Obiettivi terapeutici

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

SVK, Dipartimento VBL (NUT), Servizio del medico di fiducia, Muttenstrasse 3, Casella postale, 4502 Soletta, Telefax 032 626 57 57