SVK | FSA

Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer
Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie
Federazione svizzera per compiti comunitari degli assicuratori malattia
Swiss association for joint tasks of health insurers

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

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 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). Il paziente è fondamentalmente libero di scegliere da quale fornitore di prestazioni desidera ottenere il prodotto richiesto. 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 _____ ◯ femmina ◯ maschio lingua _____

Indirizzo _____

CAP, luogo _____

Assicuratore malattia _____ N° d'assicurato _____

Barrate la vostra scelta con una crocetta:

☐ **Si** Sono d'accordo che una copia della garanzia di presa a carico dei costi venga trasmessa al Servizio Home Care citato al punto 9, rispettivamente al servizio di consulenza dietetica menzionato al punto 10, 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** 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 _____ Firmare qui

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

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____ N°CAMS _____

CAP, luogo _____

Telefono _____ E-mail _____

Data, firma _____ Firmare qui

4. Domande sulle infermità congenite

(da compilare solo se esiste un'infermità congenita e/o è stata presentata una domanda di riconoscimento all'AI)

Esiste già una decisione AI	☐ Si, n° d'IC _____	☐ No
E già stata presentata una domanda di riconoscimento dell'infermità congenita e si attende ancora la decisione e/o il riconoscimento?	☐ Si	☐ No
La terapia nutrizionale è legata all'infermità congenita segnalata?	☐ Si	☐ No

5. Indicazioni mediche per l'alimentazione artificiale (Barrare il codice con una crocetta)

Diagnosi principale: (Codice ICD): _____ ⇦ Indicare solo il codice ICD

Cause anatomiche	
Occlusione intestinale cronica (ileo cronico)	☐
Fistole ad alta portata	☐
Stenosi non operabile dell'esofago e dello stomaco	☐
Fistole gastrointestinali ed enterocutanee	☐
Sindrome dell'intestino corto	☐
Malformazioni	☐
Cause neurologiche	
Paralisi cerebrale	☐
Insulto cerebro-vascolare	☐
Malattie degenerative del SNC	☐
Disturbi dell'apparato masticatorio e della deglutizione	☐
Malattie degli organi	
Fegato, cuore, polmoni, reni	☐
Pancreas	☐
Tumore maligno	☐
Infezioni croniche	
Poliartrite cronica	☐
Endocardite	☐
HIV / AIDS	☐
Tbc	☐
Indicazioni speciali	
Malassorbimento grave e diarrea grave	☐
Disturbi della motilità intestinale	☐
Fibrosi cistica	☐
Enterite da radiazioni	☐
Anoressia mentale	☐
Malattie infiammatorie croniche dell'intestino (Morbo di Crohn, colite ulcerosa)	☐
Disturbi congeniti del metabolismo	☐

6. Dati anamnestici / Grado di malnutrizione

Data della diagnosi _____	☐ Stato nutrizionale soddisfacente
Altezza cm _____	☐ Rischio di malnutrizione
Peso attuale kg _____	☐ Cattivo stato nutrizionale
Peso normale prima della malattia kg _____	Osservazioni:
Perdita di peso involontaria durante lo scorso mese kg _____	
Perdita di peso involontaria durante gli ultimi 6 mesi, kg _____	

Cognome

7. Trattamento alimentare artificiale a domicilio previsto

(Barrare con una crocetta)

☐ **orale**	☐ **enterale**	☐ **parenterale**
	☐ sonda per alimentazione naso-gastrica	☐ catetere venoso centrale
	☐ sonda PEG	☐ catetere venoso periferico
	☐ sonda a palloncino/Button	
	☐ sonda FKJ	
	☐ sonda EPJ	

8. 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"**.

a)

Tipo di alimentazione (orale, entrale, parentrale)	**Applicazione (solo enterale)**
☐ prodotti standard con nutrienti definiti	☐ per gravità
☐ prodotti iperproteici	☐ pompa di alimentazione
☐ prodotti standard adattati alla malattia	☐ altro

b)

Copertura del fabbisogno alimentare con alimentazione artificiale
☐ totale (> 6.3 MJ/1500 kcal)
☐ parziale (3.3 - 6.3 MJ/800 - 1500 kcal)
☐ complementare (< 3.3 MJ/800 kcal)

c)

Grado di autonomia
☐ il paziente è autonomo
☐ il paziente ha il sostegno dei parenti/necessita dei servizi Spitex solo durante la fase iniziale
☐ il paziente necessita dei servizi Spitex/di cure a più lungo termine

9. Servizio Home Care

☐ Homecare Amavita Birsfelden, Birsfelden
☐ Homecare Amavita Liestal, Liestal
☐ AxelCare SA, Bevaix
☐ Dr. Gurtner AG, Bern-Bümpliz
☐ Farmadomo Home Care Ticino e Moesano
☐ FresuCare AG, Kriens
☐ Grosse Apotheke und Laboratorium Dr. G. Bichsel, Interlaken
☐ Homecare Apotheke Burgdorf, Burgdorf
☐ HomeCare Mittelland Plus, Olten
☐ HomeCare Nordstern, Volksapotheke zum Zitronenbaum
☒ HomeCare Ti-CURO, Bellinzona
☐ Pharmadom Sàrl, Moudon
☐ Proximos, Carouge
☐ Sitex SA, Plan-les-Ouates

Altri

☐ Si, 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: _____ Firmare qui

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

Inviare il modulo debitamente compilato e firmato sia dal medico che dal paziente a:
SVK, Dipartimente NUT, Muttenstrasse 3, Casella postale, 4502 Soletta, nut@svk.org