

# Ordonnance pour nutrition artificielle à domicile

## Nutrition orale, alimentation par sonde et nutrition parentérale

Date du début de traitement



Première prescription

Demandes de prolongation

### 1 Patient

Prénom

Nom

Date de naissance

Rue, n°

NPA/Localité

Numéro de téléphone

E-mail

Assureur-maladie

Numéro-client



**Oui.** J'accepte que l'ordonnance ou une copie de celle-ci soit envoyée au service Home Care figurant au chiffre 7 ainsi qu'au service diététique s'il figure nommément au chiffre 8 et que ceux-ci prennent en charge les soins requis conformément aux directives de la Société Suisse de Nutrition Clinique (SSNC). Tout le personnel qualifié travaillant dans le système de santé suisse est soumis au secret professionnel. Mes données seront traitées de manière confidentielle et conforme à la protection des données.

**Non.** Je ne suis pas d'accord que l'ordonnance ou une copie de celle-ci soit transmise. Je prends acte du fait que je dois régler moi-même la facture du service Home Care et demander ensuite son remboursement à mon assureur-maladie.

J'accepte que mes données, après avoir été anonymisées, soient évaluées par le service Home Care et utilisées par la SSNC à des fins statistiques.

### 2 Médecins

#### 2.1 Médecin prescripteur (assumant la responsabilité principale du patient)

Prénom

Nom

Rue, n°

NPA/Localité

Numéro RCC

Numéro de téléphone

#### 2.2 Médecin de famille ou médecin responsable des traitements à long terme

Prénom

Nom

Rue, n°

NPA/Localité

Numéro RCC

Numéro de téléphone

### 3 Indications médicales pour la nutrition artificielle (cocher le code)

Diagnostic principal (indiquer uniq. le code CIM)

Origine anatomique

Occlusion intestinale chronique (iléus chronique)

Fistules à haut débit

Sténoses inopérables de l'œsophage et de l'estomac

Fistules gastro-intestinales et entérocutanées

Syndrome de l'intestin court

Malformations

Origine neurologique

Paralysie cérébrale

Attaque cérébro-vasculaire

Maladies dégénératives du système nerveux central

Trouble des organes de la mastic. et de la déglutition

**Autres indications**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Foie, cœur, poumons, reins   | <input type="checkbox"/> Pancréas         |
| <input type="checkbox"/> Tumeur maligne   | <input type="checkbox"/> Endocardite      |
| <input type="checkbox"/> Polyarthrite rhumatoïde  | <input type="checkbox"/> Tuberculose      |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA   | <input type="checkbox"/> Fibrose kystique |
| <input type="checkbox"/> Troubles de la motilité intestinale  | <input type="checkbox"/> Anorexie mentale |
| <input type="checkbox"/> Entérite radique   |   |
| <input type="checkbox"/> Troubles graves de malabsorption et diarrhées sévères                                |   |
| <input type="checkbox"/> Maladies intestinales inflammatoires chroniques (maladie de Crohn, colite ulcéreuse) |   |
| <input type="checkbox"/> Troubles congénitaux du métabolisme  |   |

**4 Indications anamnestiques/ degré de dénutrition**

Date du diagnostic	<input type="text"/>	Taille en cm	<input type="text"/>	Poids actuel en kg	<input type="text"/>
Poids normal en kg avant la maladie	<input type="text"/>	Perte de poids involontaire au cours du dernier mois en kg	<input type="text"/>	Perte de poids involontaire au cours des six derniers mois en kg	<input type="text"/>

**5 Traitement prévu dans le cadre de la nutrition artificielle à domicile**

<input type="checkbox"/> <b>Orale</b>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> <b>Entérale</b>	<input type="checkbox"/> Sonde d'alimentation par voie nasale	<input type="checkbox"/> Sonde GEP
	<input type="checkbox"/> Bouton/sonde à ballonnet	<input type="checkbox"/> Sonde FCJ
	<input type="checkbox"/> Sonde PEJ	
<input type="checkbox"/> <b>Parentérale</b>	<input type="checkbox"/> Cathéter veineux central	<input type="checkbox"/> Cathéter veineux périphérique

**6 Indications thérapeutiques concernant le mode d'alimentation**

Nom du produit	Fabricant	Application	<input type="checkbox"/> Gravité	<input type="checkbox"/> Pompe d'alimentation
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Nom du produit	Fabricant	Application	<input type="checkbox"/> Gravité	<input type="checkbox"/> Pompe d'alimentation
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

**7 Service Home Care**

<input type="checkbox"/> Farmadomo Home Care Ticino e Moesano, 6500 Bellinzona	<input type="checkbox"/> FresuCare AG, 6010 Kriens
<input type="checkbox"/> Grosse Apotheke und Laboratorium Dr. G. Bichsel AG, 3800 Interlaken	<input type="checkbox"/> AxelCare, 2022 Bevaix
<input type="checkbox"/> Homecare Apotheke Burgdorf, 3400 Burgdorf	<input type="checkbox"/> Homecare Gächter, 4127 Birsfelden
<input type="checkbox"/> HomeCare Mittelland Plus, 4600 Olten	<input type="checkbox"/> HomeCare TI-CURO Alpersico SA, 6500 Bellinzona
<input type="checkbox"/> Home Care Nordstern, 8200 Schaffhausen	<input type="checkbox"/> Homecare Amavita Liestal, 4410 Liestal
<input type="checkbox"/> Pharmadom Sàrl, 1510 Moudon	
<input type="checkbox"/> Dr. Gurtner AG, HomeCare Bern, 3018 Bern	<input type="text"/>

**8 Conseils diététiques**

Remarques/informations complémentaires/objectifs thérapeutiques

Lieu	Date	Signature du patient
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu	Date	Timbre et signature du médecin
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Le formulaire complété doit être signé par le médecin ainsi que par le patient, puis renvoyé au service Home Care choisi.