santéservices

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 santéservices ag | Prestazioni speciali in modo centralizzato ed in forma anonima e iano 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

Altezza cm

Peso attuale kg

Peso normale prima della malattia kg

Perdita di peso involontaria durante lo scorso mese kg

Perdita di peso involontaria durante gli ultimi 6 mesi, kg

☐ Stato nutrizionale soddisfacente

☐ Rischio di malnutrizione

☐ Cattivo stato nutrizionale

Osservazioni:

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 santéservices ag | Prestazioni speciali 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 santéservices ag | Prestazioni speciali. 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

- AxelCare SA - Pharmacie Nyon Fontaines
- Farmadomo Home Care Ticino e Moesano
- FresuCare AG
- Grosse Apotheke und Laboratorium Dr. G. Bichsel
- Homecare Apotheke Burgdorf
- HomeCare Bern-Basel
- HomeCare Mittelland Plus (Central Apotheke)
- HomeCare Nordstern, Schaffhausen
- HomeCare Ti-CURO
- Innoval HomeCare Vollservice AG
- Pharmadom Sàrl
- Proximos
- Sitex SA

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: **santéservices sa | Prestazioni speciali** | Muttenstrasse 3 | 4502 Soletta | santeservices.ch | nut@santeservices.ch