

Prescrizione di nutrizione artificiale a domicilio

Nutrizione orale liquida, con sonda, parenterale

Data dell'inizio del trattamento

Prima prescrizione

Domande di prolungamento

1 Paziente

Cognome

Nome

Data di nascita

Via, n.

NPA, luogo

Numero di telefono

E-Mail

Assicuratore malattie

Numero cliente

Si. Acconsento a che sia trasmessa allo Home Care Service menzionato alla cifra 7 e al servizio di consulenza nutrizionale, se specificatamente indicato alla cifra 8, la prescrizione risp. una copia della stessa e che essi si incarichino della mia cura ai sensi delle linee guida della SSNC (Società Svizzera della Nutrizione Clinica). Tutto il personale specializzato che opera nel sistema sanitario svizzero soggiace all'obbligo del segreto professionale. I miei dati saranno trattati confidenzialmente e in conformità alle disposizioni concernenti la protezione dei dati.

No. Non acconsento a che la prescrizione o una copia sia trasmessa a terzi e prendo atto che dovrò provvedere in prima persona al pagamento della fattura dello Home Care Service e alla successiva richiesta di un rimborso presso l'assicuratore malattie.

Acconsento a che i dati siano analizzati in forma anonima dallo Home Care Service e siano utilizzati dalla SSNC per scopi statistici.

2 Medici

2.1 Medico prescrivente (responsabilità principale verso il paziente)

Cognome

Nome

Via, n.

NPA, luogo

N. RCC

Numero di telefono

2.2 Medico di famiglia risp. medico curante successivo

Cognome

Nome

Via, n.

NPA, luogo

N. RCC

Numero di telefono

3 Indicatori medici per la nutrizione artificiale (barrare con una crocetta il codice)

Diagnosi principale (indicare solo il codice ICD)

Cause anatomiche

Occlusione intestinale cronica (ileo cronico)

Fistole «high out-put»

Stenosi inoperabile dell'esofago e dello stomaco

Fistole gastrointestinali ed enterocutanee

Sindrome dell'intestino corto

Malformazione

Cause neurologiche

Paralisi cerebrale

Insulto cerebrovascolare

Malattie degenerative del sistema nervoso centrale

Disturbi dell'apparato mastic. e della deglutizione

Altre indicazioni

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fegato, cuore, polmoni, reni | <input type="checkbox"/> Pancreas |
| <input type="checkbox"/> Tumore maligno | <input type="checkbox"/> Endocardite |
| <input type="checkbox"/> Artrite reumatoide | <input type="checkbox"/> Tubercolosi |
| <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Fibrosi cistica |
| <input type="checkbox"/> Disturbi della motilità intestinale | <input type="checkbox"/> Anoressia mentale |
| <input type="checkbox"/> Enterite da radiazioni | |
| <input type="checkbox"/> Malassorbimento grave e diarrea grave | |
| <input type="checkbox"/> Malattie infiammatorie croniche dell'intestino (morbo di Crohn, colite ulcerosa) | |
| <input type="checkbox"/> Disturbi congeniti del metabolismo | |

4 Dati anamnestici/ Grado di malnutrizione

| | | | | | |
|--------------------------------------|----------------------|--|----------------------|--|----------------------|
| Data della diagnosi | <input type="text"/> | Altezza in cm | <input type="text"/> | Peso corporeo attuale in kg | <input type="text"/> |
| Peso normale prima della malattia in | <input type="text"/> | Perdita di peso involontaria durante l'ultimo mese in kg | <input type="text"/> | Perdita di peso involontaria durante gli ultimi 6 mesi in kg | <input type="text"/> |

5 Trattamento previsto nel quadro della nutrizione artificiale a domicilio

| | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Orale | <input type="text"/> | | | | |
| <input type="checkbox"/> Enterale | <input type="checkbox"/> Sonda per alimentazione nasogastrica | <input type="checkbox"/> Sonda PEG | | | |
| | <input type="checkbox"/> Bottone/Sonda a palloncino | <input type="checkbox"/> Sonda FKJ | | | |
| | <input type="checkbox"/> Sonda PEJ | | | | |
| <input type="checkbox"/> Parenterale | <input type="checkbox"/> Catetere venoso centrale | <input type="checkbox"/> Catetere venoso periferico | | | |

6 Indicazioni terapeutiche sul tipo di nutrizione

| | | | | |
|----------------------|----------------------|--------------|---------------------------------------|---|
| Nomi dei prodotti | Fabbricanti | Applicazione | <input type="checkbox"/> Gravitazione | <input type="checkbox"/> Pompa nutrizionale |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |
| Nomi dei prodotti | Fabbricanti | Applicazione | <input type="checkbox"/> Gravitazione | <input type="checkbox"/> Pompa nutrizionale |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |

7 Home Care Service

- | | |
|--|---|
| <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 Consulenza nutrizionale

Osservazioni/Integrazioni/Obiettivi della terapia

| | | |
|----------------------|----------------------|---------------------------|
| Luogo | Data | Firma del paziente |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Luogo | Data | Timbro e firma del medico |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Il formulario debitamente compilato, firmato dal medico e dal paziente, deve essere inviato allo Home Care Service scelto.