



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	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Data di nascita	<input type="text"/>	<input type="radio"/> femmina <input type="radio"/> maschio	lingua <input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>		
CAP, luogo	<input type="text"/>		
Assicuratore malattia	<input type="text"/>	N° d'assicurato	<input type="text"/>
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 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.		
<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	<input type="text"/>		

Firmare qui

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

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>	N°CAMS	<input type="text"/>
CAP, luogo	<input type="text"/>		
Telefono	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
Data, firma	<input type="text"/>		

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	<input type="checkbox"/> Sì, n° d'IC	<input type="checkbox"/> No
E già stata presentata una domanda di riconoscimento dell'infermità congenita e si attende ancora la decisione e/o il riconoscimento?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
La terapia nutrizionale è legata all'infermità congenita segnalata?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

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

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

6. Dati anamnestici / Grado di malnutrizione

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

7. Trattamento alimentare artificiale a domicilio previsto

(Barrare con una crocetta)		
<input type="checkbox"/> orale	<input type="checkbox"/> enterale	<input type="checkbox"/> parenterale
	<input type="checkbox"/> sonda per alimentazione naso-gastrica	<input type="checkbox"/> catetere venoso centrale
	<input type="checkbox"/> sonda PEG	<input type="checkbox"/> catetere venoso periferico
	<input type="checkbox"/> sonda a palloncino/Button	
	<input type="checkbox"/> sonda FKJ	
	<input type="checkbox"/> 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, enterale, parenterale)	Applicazione (solo enterale)
<input type="checkbox"/> prodotti standard con nutrienti definiti	<input type="checkbox"/> per gravità
<input type="checkbox"/> prodotti iperproteici	<input type="checkbox"/> pompa di alimentazione
<input type="checkbox"/> prodotti standard adattati alla malattia	<input type="checkbox"/> altro

b)

Copertura del fabbisogno alimentare con alimentazione artificiale
<input type="checkbox"/> totale (> 6.3 MJ/1500 kcal)
<input type="checkbox"/> parziale (3.3 - 6.3 MJ/800 - 1500 kcal)
<input type="checkbox"/> complementare (< 3.3 MJ/800 kcal)

c)

Grado di autonomia
<input type="checkbox"/> il paziente è autonomo
<input type="checkbox"/> il paziente ha il sostegno dei parenti/necessita dei servizi Spitex solo durante la fase iniziale
<input type="checkbox"/> il paziente necessita dei servizi Spitex/di cure a più lungo termine

9. Servizio Home Care

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> AxelCare SA, Bevaix | <input type="checkbox"/> HomeCare Mittelland Plus, Olten |
| <input type="checkbox"/> Farmadomo Home Care Ticino e Moesano | <input type="checkbox"/> HomeCare Nordstern, |
| <input type="checkbox"/> FresuCare AG, Kriens | <input type="checkbox"/> Volksapotheke zum Zitronenbaum |
| <input type="checkbox"/> Grosse Apotheke und Laboratorium | <input type="checkbox"/> HomeCare Ti-CURO, Bellinzona |
| <input type="checkbox"/> Dr. G. Bichsel, Interlaken | <input type="checkbox"/> Pharmadom Sàrl, Moudon |
| <input type="checkbox"/> Homecare Apotheke Burgdorf | <input type="checkbox"/> Proximos, Carouge |
| <input type="checkbox"/> HomeCare Bern-Basel | <input type="checkbox"/> Sitex SA, Plan-les-Ouates |

Altri

☐ 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: _____

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

--

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