

## 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	<input type="radio"/> femmina <input type="radio"/> maschio lingua
Indirizzo	
CAP, luogo	
Assicuratore malattia	N° d'assicurato
<b>Barrate la vostra scelta con una crocetta:</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Si</b>	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"/> <b>No</b>	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	

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

Cognome	Nome
Indirizzo	N°CAMS
CAP, luogo	
Telefono	E-mail
Data, firma	

**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
<b>Cause anatomiche</b>		
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"/>
<b>Cause neurologiche</b>		
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"/>
<b>Malattie degli organi</b>		
Fegato, cuore, polmoni, reni		<input type="checkbox"/>
Pancreas		<input type="checkbox"/>
Tumore maligno		<input type="checkbox"/>
<b>Infezioni croniche</b>		
Poliartrite cronica		<input type="checkbox"/>
Endocardite		<input type="checkbox"/>
HIV / AIDS		<input type="checkbox"/>
Tbc		<input type="checkbox"/>
<b>Indicazioni speciali</b>		
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**

Data della diagnosi	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Stato nutrizionale soddisfacente <input type="checkbox"/> Rischio di malnutrizione <input type="checkbox"/> Cattivo stato nutrizionale
Altezza cm	<input type="text"/>	
Peso attuale kg	<input type="text"/>	
Peso normale prima della malattia kg	<input type="text"/>	Osservazioni: <input type="text"/>
Perdita di peso involontaria durante lo scorso mese kg	<input type="text"/>	
Perdita di peso involontaria durante gli ultimi 6 mesi, kg	<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"/> Homecare Amavita Birsfelden, Birsfelden	<input type="checkbox"/> Homecare Apotheke Burgdorf, Burgdorf
<input type="checkbox"/> Homecare Amavita Liestal, Liestal	<input type="checkbox"/> HomeCare Mittelland Plus, Olten
<input type="checkbox"/> AxelCare SA, Bevaix	<input type="checkbox"/> HomeCare Nordstern,
<input type="checkbox"/> Dr. Gurtner AG, Bern-Bümpliz	<input type="checkbox"/> Volksapotheke zum Zitronenbaum
<input type="checkbox"/> Farmadomo Home Care Ticino e Moesano	<input type="checkbox"/> HomeCare Ti-CURO, Bellinzona
<input type="checkbox"/> Fresenius Kabi (Schweiz) AG, Kriens	<input type="checkbox"/> Pharmadom Sàrl, Moudon
<input type="checkbox"/> Grosse Apotheke und Laboratorium	<input type="checkbox"/> Proximos, Carouge
<input type="checkbox"/> Dr. G. Bichsel, Interlaken	<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