

Ordonnance pour l'alimentation artificielle à domicile

Alimentation buvable/au moyen d'une sonde/parentérale

1 Patient

Nom, prénom	Date de naissance
Rue, N°	Téléphone
NPA, localité	
Courriel	
Assureur-maladie	N° d'assuré

- Oui. J'accepte que l'ordonnance ou une copie soit transmise à Home Care Service mentionné au chiffre 7 ainsi qu'au service diététique s'il figure au chiffre 8, et qu'ils assurent mes soins conformément aux directives de la SSNC (Société Suisse de Nutrition Clinique). Toutes les personnes impliquées sont soumises au secret professionnel et vont traiter les données des patients de façon confidentielle et aussi conforme à la protection des données.
- Non. Je ne suis pas d'accord que l'ordonnance ou une copie soit transmise à des tiers. Je prends acte du fait que je dois acquitter moi-même la facture de Home Care Service et demander son remboursement à mon assureur-maladie.
- Je suis d'accord avec l'envoi de données personnelles en forme anonymisée par le Home Care Service à la SSNC pour des fins statistiques.

2 a) Médecin prescripteur (assumant la responsabilité principale du patient)

Nom, prénom	
Rue, N°	N° RCC
NPA, localité	Téléphone

b) Médecin traitant ou responsable à long terme

Nom, prénom	
Rue, N°	N° RCC
NPA, localité	Téléphone

3 Indications médicales pour l'alimentation artificielle (cocher le code)

Diagnostic principal: (code ICD): ← Indiquer seulement le code ICD

Origine anatomique	<input type="checkbox"/> Occlusion intestinale chronique (iléus chronique) <input type="checkbox"/> Fistules à haut débit <input type="checkbox"/> Sténoses inopérables de l'œsophage et de l'estomac <input type="checkbox"/> Fistules gatro-intestinales et entérocutanées <input type="checkbox"/> Syndrome de l'intestin court <input type="checkbox"/> Malformations
Origine neurologique	<input type="checkbox"/> Paralysie cérébrale <input type="checkbox"/> Attaque cérébro-vasculaire <input type="checkbox"/> Maladies dégénératives du système nerveux central <input type="checkbox"/> Troubles des organes de la mastication et de la déglutition
Origine organique	<input type="checkbox"/> Foie, cœur, poumon, reins <input type="checkbox"/> Pancréas <input type="checkbox"/> Tumeur maligne
Infections chroniques	<input type="checkbox"/> Polyarthrite chronique <input type="checkbox"/> Endocardite <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Tuberculose

Indications spéciales	<input type="checkbox"/> Troubles graves de malabsorption et diarrhées sévères <input type="checkbox"/> Troubles de la motilité intestinale <input type="checkbox"/> Fibrose kystique <input type="checkbox"/> Entérite radique <input type="checkbox"/> Anorexie mentale <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	Poids normal avant la maladie	kg
Taille cm	Perte de poids involontaire au cours du dernier mois	kg
Poids actuel kg	Perte de poids involontaire au cours des six derniers mois	kg

5 Traitement prévu dans le cadre de l'alimentation artificielle à domicile

- | | | |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Oral | <input type="checkbox"/> Entéral
<input type="checkbox"/> Sonde d'alimentation per voie nasale
<input type="checkbox"/> Sonde PEG/bouton d'alimentation
<input type="checkbox"/> Bouton/sonde à ballonnet
<input type="checkbox"/> Sonde PEJ
<input type="checkbox"/> Sonde GEP-J | <input type="checkbox"/> Parentéral
<input type="checkbox"/> Cathéter veineux central
<input type="checkbox"/> Cathéter veineux périphérique |
|--------------------------------------|---|---|

**6 Indications thérapeutiques
Mode d'alimentation**

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

7 Home Care Service

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Farmadomo Home Care Ticino, 6900 Lugano
<input type="checkbox"/> Fresenius Kabi AG, 6370 Oberdorf
<input type="checkbox"/> Grosse Apotheke und Laboratorium Dr. G. Bichsel AG, 3800 Interlaken
<input type="checkbox"/> Groupe Neuchâtelois de Nutrition à Domicile, 2034 Peseux
<input type="checkbox"/> Homecare Gächter, 4127 Birsfelden
<input type="checkbox"/> HomeCare Mittelland Plus, 4600 Olten
<input type="checkbox"/> Home Care Nordstern, 8200 Schaffhausen
<input type="checkbox"/> Home Care Studer GmbH, 4410 Liestal
<input type="checkbox"/> Pharmadom Sàrl, 1510 Moudon |
|--|

**8 Service diététique/
observations/informations
complémentaires/
objectifs thérapeutiques**

--	--

Lieu et date	Signature du patient
--------------	----------------------

X

X

Lieu et date	Timbre et signature du médecin
--------------	--------------------------------

X

X

Le formulaire complété doit être signé par le médecin prescripteur ainsi que par le patient, et envoyé au Home Care Service choisi.