

Prescrizione per l'alimentazione artificiale a domicilio, nutrizione liquida, con sonda, parenterale

1 Paziente

Cognome, nome	Data di nascita
Via, n.	Telefono
NPA, località	
E-mail	
Assicuratore malattia	N. d'assicurato

- Sì. Sono d'accordo che venga trasmessa la prescrizione o una copia al servizio Home Care indicato al numero 7 e al servizio di consulenza dietetica, se indicato al numero 8, e che questi assumano la mia cura secondo le direttive della SSNC (Società Svizzera della Nutrizione Clinica). Tutte le persone implicate sottostanno al segreto professionale e trattano i dati dei pazienti con riservatezza e in modo conforme alla protezione dei dati.
- No, non voglio che la prescrizione o una copia venga trasmessa a terzi e prendo atto di dover provvedere personalmente al pagamento della fattura emanata dal servizio Home Care ed all'invio della stessa all'assicuratore malattia per il rimborso.
- Dichiaro di essere d'accordo con l'invio dei dati personali in forma anonimizzata tramite il Servizio Home Care alla SSNC per scopi statistici.

2 a) Medico prescrivente (responsabilità principale verso il paziente)

Cognome, nome	
Via, n.	N. RCC
NPA, località	Telefono

b) Medico di famiglia o medico delle cure successive

Cognome, nome	
Via, n.	N. RCC
NPA, località	Telefono

3 Indicazione medica per l'alimentazione artificiale (barrare il codice)

Diagnosi principale: (codice ICD): ← Indicare solo il codice ICD

Cause anatomiche	<input type="checkbox"/> Occlusione intestinale cronica (ileo cronico) <input type="checkbox"/> Fistole «High output» <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
Cause neurologiche	<input type="checkbox"/> Paralisi cerebrale <input type="checkbox"/> Insulto cerebrovascolare <input type="checkbox"/> Malattie degenerative del sistema nervoso centrale <input type="checkbox"/> Disturbi dell'apparato masticatorio e della deglutizione
Malattie degli organi	<input type="checkbox"/> Fegato, cuore, polmoni, reni <input type="checkbox"/> Pancreas <input type="checkbox"/> Tumore maligno
Infezioni croniche	<input type="checkbox"/> Poliartrite cronica <input type="checkbox"/> Endocardite <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> 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

4 Dati anamnestici/ grado di malnutrizione

Data della diagnosi		Peso normale prima della malattia	kg
Altezza	cm	Perdita di peso involontaria durante lo scorso mese	kg
Peso attuale	kg	Perdita di peso involontaria durante gli ultimi 6 mesi	kg

5 Trattamento alimentare artificiale a domicilio previsto

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

**6 Indicazione terapeutica
Modo di alimentazione**

Nome di prodotto	Fabbricante	Applicazione
		<input type="checkbox"/> Gravità
		<input type="checkbox"/> Pompa nutrizionale
		<input type="checkbox"/> Gravità
		<input type="checkbox"/> Pompa nutrizionale

7 Servizio Home Care

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

**8 Consulenza dietetica/
osservazioni / informazioni
supplementari / obiettivi
terapeutici**

Luogo e data

Firma del paziente

X

X

Luogo e data

Timbro e firma del medico

X

X

Inviare il formulario compilato e firmato sia dal medico che dal paziente al Servizio Home Care scelto.