

## Ordonnance pour l'alimentation artificielle à domicile

### 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. La protection des données est garantie et aucune donnée médicale n'est transmise à des tiers.

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.

### Médecin prescripteur (assumant la responsabilité principale du patient)

Nom   prénom	
Rue   N°	N° RCC
NPA   localité	Téléphone

### Médecin traitant ou responsable à long terme

Nom   prénom	
Rue   N°	N° RCC
NPA   localité	Téléphone

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

Diagnostic principal (code ICD):		
Origine anatomique	Occlusion intestinale chronique (iléus chronique) Sténoses inopérables de l'oesophage et de l'estomac Fistules gastro-intestinales et entérocutanées	Fistules à haut débit Syndrome de l'intestin court Malformations

Origine neurologique	Paralysie cérébrale Attaque cérébro-vasculaire Maladies dégénératives du système nerveux central	Troubles des organes de la mastication et de la déglutition
Origine organique	Foie, coeur, poumon, reins Pancréas	Tumeur maligne
Infections chroniques	Polyarthrite chronique Endocardite	VIH   SIDA Tuberculose
Indications spéciales	Troubles graves de malabsorption et diarrhées sévères Maladies intestinales inflammatoires chroniques (maladie de Crohn, colite ulcéreuse) Troubles congénitaux du métabolisme Troubles de la motilité intestinale	Fibrose kystique Entérite radique Anorexie mentale

## 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)

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

Oral	Entéral	Sonde PEJ Gravité Pompe d'alimentation	Parentéral Cathéter veineux central Cathéter veineux périphérique
	Sonde d'alimentation per voie nasale		
	Sonde PEG   bouton d'alimentation		
	Bouton   sonde à ballonnet		
	Sonde GEP-J		

## Informations thérapeutiques mode d'alimentation

Nom du produit
Fabricant

## Home Care Service

## Service diététique | observations | informations complémentaires | objectifs thérapeutiques

**Le formulaire rempli, signé par le médecin et le patient doit être envoyé au prestataire de soins à domicile choisi (sauf demande contraire expresse du patient).**

Lieu | Date      Signature du patient      Lieu | Date      Timbre et signature du médecin