



## Prescrizione per l'alimentazione artificiale a domicilio

### Si prega di notare le seguenti informazioni:

Secondo la legge (capitolo 2.1 appendice 1 Opre), per la copertura delle prestazioni da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è necessaria una prescrizione medica, ma non la garanzia d'assunzione dei costi da parte dell'assicuratore malattia. In teoria, la prescrizione può essere rilasciata anche su un "ricettario" medico. In pratica, è stato dimostrato che gli specialisti in consulenza nutrizionale o in un servizio di assistenza domiciliare dipendono da informazioni aggiuntive come, ad esempio, la diagnosi o l'andamento del peso, per attuare una terapia nutrizionale artificiale efficace su base ambulatoriale. Per questo motivo, la Società Svizzera di Nutrizione Clinica (GESKES | SSNC) ha sviluppato questo modulo. L'utilizzo di quest'ultimo è solo una raccomandazione, ma non un requisito degli assicuratori. La | il paziente decide autonomamente se le sue informazioni possono o non possono essere trasmesse dal medico in questa forma, vedi sezione 1 del presente modulo. Principalmente, la prescrizione non deve essere inviata all'assicuratore malattia. Se nella sezione 1 viene spuntato SÌ, il medico prescrivente può inviare la prescrizione direttamente al servizio di assistenza domiciliare (home care) desiderato. Il servizio di assistenza domiciliare o il servizio di consulenza nutrizionale deve conservare correttamente questa prescrizione e mostrarla all'assicuratore su richiesta.

Gli assicuratori malattia\* Helsana | Sanitas | KPT accettano la fatturazione da parte di un servizio di assistenza domiciliare o di una consulenza nutrizionale tramite il sistema Tiers Payant e delegano la corretta conservazione della prescrizione. Su richiesta, il servizio di assistenza domiciliare o di consulenza nutrizionale deve presentare la prescrizione | la ricetta all'assicuratore malattia.

#### Paziente

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

#### Sezione 1

- SÌ. Accetto che il servizio di assistenza domiciliare indicato o il servizio di consulenza nutrizionale, se menzionato per nome, ricevano la prescrizione o una copia e che si facciano carico della mia assistenza in conformità alle linee guida GESKES | SSNC. Il servizio di assistenza domiciliare e il servizio di consulenza nutrizionale sono tenuti a utilizzare le informazioni mediche in modo confidenziale e solo nell'ambito della mia assistenza e non possono trasmettere alcun dato medico.
- In caso affermativo, acconsento inoltre che le informazioni vengano valutate in forma anonima dal servizio di assistenza domiciliare o dal servizio di consulenza nutrizionale e utilizzate a fini statistici da GESKES | SSNC.
- Pur acconsentendo alla trasmissione dei dati al servizio di assistenza domiciliare o al servizio di consulenza nutrizionale, non voglio che i miei dati siano valutati dal servizio di assistenza domiciliare o dal servizio di consulenza nutrizionale e utilizzati a fini statistici da GESKES | SSNC.
- NO. Non sono d'accordo con l'invio della prescrizione o di una copia e riconosco che potrei dover provvedere personalmente al pagamento della fattura del servizio di assistenza domiciliare o della consulenza nutrizionale e chiedere il rimborso all'assicuratore malattia. Invierò la prescrizione medica richiesta dall'assicuratore malattia - questo modulo o un'altra prescrizione (ricetta) scritta - all'assicuratore malattia insieme alla fattura.



**Medico prescrivente (responsabilità principale verso il paziente)**

|                |                |
|----------------|----------------|
| Cognome   nome | N. RCC         |
| Via   n.       | NPA   località |
| E-mail         | Telefono       |

**Medico di famiglia o medico per cure successive**

|                |                |
|----------------|----------------|
| Cognome   nome | N. RCC         |
| Via   n.       | NPA   località |
| E-mail         | Telefono       |

Sezione 2, da compilare da parte del medico (informazione volontaria, a seconda dei desideri della | del paziente)

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

Diagnosi principale (codice ICD):

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                    |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cause anatomiche      | <input type="checkbox"/> Occlusione intestinale cronica (ileo cronico)<br><input type="checkbox"/> Stenosi non operabile dell'esofago e dello stomaco<br><input type="checkbox"/> Fistole gastrointestinali ed enterocutanee                                                                               | <input type="checkbox"/> Fistole «High output»<br><input type="checkbox"/> Sindrome dell'intestino corto<br><input type="checkbox"/> Malformazioni |
| Cause neurologiche    | <input type="checkbox"/> Paralisi cerebrale<br><input type="checkbox"/> Insulto cerebrovascolare<br><input type="checkbox"/> Malattie degenerative del sistema nervoso centrale                                                                                                                            | <input type="checkbox"/>                                                                                                                           |
| Malattie degli organi | <input type="checkbox"/> Fegato, cuore, polmoni, reni<br><input type="checkbox"/> Pancreas                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Tumore maligno                                                                                                            |
| Infezioni croniche    | <input type="checkbox"/> Poliartrite cronica<br><input type="checkbox"/> Endocardite                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> HIV   AIDS<br><input type="checkbox"/> Tbc                                                                                |
| Indicazioni speciali  | <input type="checkbox"/> Malassorbimento grave e diarrea grave<br><input type="checkbox"/> Malattie infiammatorie croniche dell'intestino (Morbo di Crohn, colite ulcerosa)<br><input type="checkbox"/> Disturbi congeniti del metabolismo<br><input type="checkbox"/> Disturbi della motilità intestinale | <input type="checkbox"/> Fibrosi cistica<br><input type="checkbox"/> Enterite da radiazioni<br><input type="checkbox"/> Anoressia mentale          |

**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) |



**Trattamento alimentare artificiale a domicilio previsto**

- |                                       |                                                               |                                             |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Orale</b> | <input type="checkbox"/> <b>Enterale</b>                      | <input type="checkbox"/> <b>Parenterale</b> |
|                                       | <input type="checkbox"/> Sonda per alimentazione nasogastrica | <input type="checkbox"/> Sonda PEJ          |
|                                       | <input type="checkbox"/> Sonda PEG                            | <input type="checkbox"/> Gravità            |
|                                       | <input type="checkbox"/> Bottone   sonda a palloncino         | <input type="checkbox"/> Pompa nutrizionale |
|                                       | <input type="checkbox"/> Sonda FKJ                            |                                             |

**Indicazione terapeutica modo di alimentazione**

Nome del prodotto

Fabbricante

Sezione 3, Note importanti e obbligo di firma

**Servizio di assistenza domiciliare (home care) o consulenza nutrizionale**

(Specificare chi fornisce la terapia: Servizi di assistenza domiciliare certificata: vedi [www.geskes.ch](http://www.geskes.ch))

Homecare Mittelland Plus, 4613 Rickenbach

**Informazioni supplementari | Osservazioni per la consulenza dietetica | obiettivi terapeutici**

**Il modulo compilato, firmato dal medico prescrivente e dalla | dal paziente, deve essere inviato direttamente al servizio di assistenza domiciliare selezionato o direttamente al servizio di consulenza nutrizionale\* (salvo espressa richiesta contraria della | del paziente).**

**L'assicuratore non richiede principalmente una copia e non rilascia una garanzia di assunzione dei costi\*. La prescrizione deve essere inviata all'assicuratore malattia dal servizio di assistenza domiciliare o dal servizio di consulenza nutrizionale solo su richiesta.**

Luogo | Data, Firma del paziente

Luogo | Data, Timbro | Firma del medico

\* Questa procedura si applica agli assicuratori malattia Helsana, Sanitas e KPT. Altre assicuratori malattia effettuano un processo di garanzia di assunzione dei costi tramite l'SVK.