

Ordonnance pour nutrition artificielle à domicile

Nutrition orale, alimentation par sonde et nutrition parentérale

Date du début de traitement Première prescription Demandes de prolongation

1 Patient

Prénom <input type="text"/>	Nom <input type="text"/>	Date de naissance <input type="text"/>
Rue, n° <input type="text"/>	NPA/Localité <input type="text"/>	Numéro de téléphone <input type="text"/>
E-mail <input type="text"/>	Assureur-maladie <input type="text"/>	Numéro-client <input type="text"/>

Oui. J'accepte que l'ordonnance ou une copie de celle-ci soit envoyée au service Home Care figurant au chiffre 7 ainsi qu'au service diététique s'il figure nommément au chiffre 8 et que ceux-ci prennent en charge les soins requis conformément aux directives de la Société Suisse de Nutrition Clinique (SSNC). Tout le personnel qualifié travaillant dans le système de santé suisse est soumis au secret professionnel. Mes données seront traitées de manière confidentielle et conforme à la protection des données.

Non. Je ne suis pas d'accord que l'ordonnance ou une copie de celle-ci soit transmise. Je prends acte du fait que je dois régler moi-même la facture du service Home Care et demander ensuite son remboursement à mon assureur-maladie.

J'accepte que mes données, après avoir été anonymisées, soient évaluées par le service Home Care et utilisées par la SSNC à des fins statistiques.

2 Médecins

2.1 Médecin prescripteur (assumant la responsabilité principale du patient)

Prénom <input type="text"/>	Nom <input type="text"/>	Rue, n° <input type="text"/>
NPA/Localité <input type="text"/>	Numéro RCC <input type="text"/>	Numéro de téléphone <input type="text"/>

2.2 Médecin de famille ou médecin responsable des traitements à long terme

Prénom <input type="text"/>	Nom <input type="text"/>	Rue, n° <input type="text"/>
NPA/Localité <input type="text"/>	Numéro RCC <input type="text"/>	Numéro de téléphone <input type="text"/>

3 Indications médicales pour la nutrition artificielle (cocher le code)

Diagnostic principal (indiquer uniq. le code CIM)

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 gastro-intestinales et entérocutanées
<input type="checkbox"/> Syndrome de l'intestin court	<input type="checkbox"/> Malformations

Origine neurologique

<input type="checkbox"/> Paralyse cérébrale	<input type="checkbox"/> Attaque cérébro-vasculaire
<input type="checkbox"/> Maladies dégénératives du système nerveux central	<input type="checkbox"/> Trouble des organes de la mastic. et de la déglutition

Autres indications

- Foie, cœur, poumons, reins
- Tumeur maligne
- Polyarthrite rhumatoïde
- VIH/SIDA
- Troubles de la motilité intestinale
- Entérite radique
- Troubles graves de malabsorption et diarrhées sévères
- Maladies intestinales inflammatoires chroniques (maladie de Crohn, colite ulcéreuse)
- Troubles congénitaux du métabolisme
- Pancréas
- Endocardite
- Tuberculose
- Fibrose kystique
- Anorexie mentale

4 Indications anamnestiques / degré de dénutrition

Date du diagnostic Taille en cm Poids actuel en kg

Poids normal en kg avant la maladie Perte de poids involontaire au cours du dernier mois en kg Perte de poids involontaire au cours des six derniers mois en kg

5 Traitement prévu dans le cadre de la nutrition artificielle à domicile

Orale

Entérale

- Sonde d'alimentation par voie nasale
- Bouton/sonde à ballonnet
- Sonde PEJ
- Sonde GEP
- Sonde FCJ

Parentérale

- Cathéter veineux central
- Cathéter veineux périphérique

6 Indications thérapeutiques concernant le mode d'alimentation

Nom du produit Fabricant Application Gravité Pompe d'alimentation

Nom du produit Fabricant Application Gravité Pompe d'alimentation

7 Service Home Care

- Farmadomo Home Care Ticino e Moesano, 6500 Bellinzona
- Grosse Apotheke und Laboratorium Dr. G. Bichsel AG, 3800 Interlaken
- Homecare Apotheke Burgdorf, 3400 Burgdorf
- HomeCare Mittelland Plus, 4600 Olten
- Home Care Nordstern, 8200 Schaffhausen
- Pharmadom Sàrl, 1510 Moudon
- Dr. Gurtner AG, HomeCare Bern, 3018 Bern
- FresuCare AG, 6010 Kriens
- AxelCare, 2022 Bevaix
- Homecare Gächter, 4127 Birsfelden
- HomeCare TI-CURO Alpersico SA, 6500 Bellinzona
- Homecare Amavita Liestal, 4410 Liestal
-

8 Conseils diététiques

Remarques / informations complémentaires / objectifs thérapeutiques

Lieu	Date	Signature du patient
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu	Date	Timbre et signature du médecin
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Le formulaire complété doit être signé par le médecin ainsi que par le patient, puis renvoyé au service Home Care choisi.