



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) <input type="checkbox"/> Stenosi non operabile dell'esofago e dello stomaco <input type="checkbox"/> Fistole gastrointestinali ed enterocutanee	<input type="checkbox"/> Fistole «High output» <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"/>
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	<input type="checkbox"/> Malassorbimento grave e diarrea grave <input type="checkbox"/> Malattie infiammatorie croniche dell'intestino (Morbo di Crohn, colite ulcerosa) <input type="checkbox"/> Disturbi congeniti del metabolismo <input type="checkbox"/> Disturbi della motilità intestinale	<input type="checkbox"/> Fibrosi cistica <input type="checkbox"/> Enterite da radiazioni <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"/> Orale | <input type="checkbox"/> Enterale | <input type="checkbox"/> Parenterale |
| | <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)

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.