



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.