

Richiesta di garanzia dei costi per l'alimentazione artificiale a domicilio

1. Informazioni importanti

- 1.1. La concessione della garanzia dei costi da parte della SVK costituisce la premessa per la presa a carico dei costi dell'alimentazione artificiale a domicilio da parte degli assicuratori malattia affiliati alla SVK.
- 1.2. La concessione della garanzia dei costi avviene unicamente dopo valutazione ed accettazione delle indicazioni e dei dati terapeutici (scelta dei prodotti) da parte dei periti medici autorizzati dalla Società Svizzera di Nutrizione Clinica (SSNC).
- 1.3. I costi dell'alimentazione artificiale a domicilio vengono presi a carico dall'assicurazione di base unicamente nei casi in cui si rende necessaria un'alimentazione via sonda e se il servizio è preso a carico da un agente Home Care certificato. In tutti gli altri casi (alimentazione per via orale) i costi sono presi a carico dall'assicurazione complementare.
- 1.4. La concessione della garanzia dei costi è assicurata unicamente se vengono rispettate le direttive relative all'alimentazione artificiale emanate dalla Società Svizzera di Nutrizione Clinica (SSNC).
- 1.5. I sottoscritti dichiarano di accettare che i dati qui di seguito vengano trattati in forma anonima da parte della SVK e vengano usati dalla SSNC a fini statistici.
- 1.6. Verranno elaborati unicamente i formulari di richiesta riempiti in ogni loro punto e muniti di firma.

2. Paziente



Cognome, Nome	_____
Data di nascita (giorno,mese,anno)	_____ Sesso (f/m) _____ Lingua (d/f/i) _____
Indirizzo	_____
CAP, domicilio, cantone	_____
Assicurazione di base	_____ No assicurazione. _____
Assicurazione complementare	<input type="checkbox"/> Se sì, quale? _____ <input type="checkbox"/> No
Vogliate indicare la vostra scelta:	
Sì <input type="checkbox"/>	Sono d'accordo che venga trasmessa una copia della presa a carico dei costi al servizio Home care citato al numero 8, rispettivamente al servizio di consulenza dietetica menzionato nel numero 9, e che questi assumano la mia cura secondo le direttive della SSNC. La protezione dei dati è assicurata, non viene trasmessa nessuna informazione medica.
No <input type="checkbox"/>	No, non voglio che copia della garanzia dei costi venga trasmessa a terzi e prendo atto di dover provvedere personalmente al pagamento della fattura emanata dal servizio Home Care ed all'invio della stessa all'assicuratore malattia per il risarcimento.
Data, Firma	_____

3. a) Medico prescrivente (Responsabilità principale verso il paziente)

Cognome, Nome	_____
Titolo FMH	_____ Sesso (f/m) _____ Lingua (d/f/i) _____
Indirizzo	_____
CAP, domicilio, cantone	_____
Telefono (incl. prefisso)	_____ Fax _____
No. Concordato	_____
Data, Firma	_____

3. b) Medico curante (responsabile dell'alimentazione a lungo termine)

Cognome, nome	_____		
Titolo FMH	_____	Sesso (f/m) _____	Lingua (d/f/i) _____
Indirizzo	_____		
CAP, domicilio, cantone	_____		
Telefono (incl. prefisso)	_____	No. concordato _____	_____

4. Indicazione medica per l'alimentazione artificiale (Crociare il codice)

Diagnosi principale: (Codice ICD): _____	← Indicare solo il codice ICD	
	Parenterale/Enterale	Orale
Cause anatomiche		
Occlusione intestinale cronica (ileo cronico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fistole „High output“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stenosi non operabile dell'esofago e dello stomaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fistole gastrointestinali ed enterocutanee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sindrome dell'intestino corto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malformazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cause neurologiche		
Paralisi cerebrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulto cerebro-vascolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie degenerative del SNC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disturbi dell'apparato masticatorio e della deglutizione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie degli organi		
Fegato, cuore, polmoni, reni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pancreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumore maligno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infezioni croniche		
Poliartrite cronica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocardite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tbc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indicazioni speciali		
Malassorbimento grave e diarrea grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disturbi della motilità intestinale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrosi cistica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enterite da radiazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anoressia mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie infiammatorie croniche dell'intestino (Morbo di Crohn, colite ulcerosa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disturbi congeniti del metabolismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preoperativo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Inviare il formulario debitamente compilato e firmato sia dal medico che dal paziente a:

SVK, Abteilung VBL (NUT), Muttenstrasse 3, Postfach, 4502 Solothurn

Telefon 032 / 626 57 47, Telefax 032 / 626 57 30, www.svk.org info@svk.org

5. Dati anamnestici / Grado di malnutrizione

Data della diagnosi _____	<input type="checkbox"/> stato nutrizionale soddisfacente
Altezza _____ cm	<input type="checkbox"/> rischio di malnutrizione
Peso attuale _____ kg	<input type="checkbox"/> stato nutrizionale non soddisfacente
Peso normale prima della malattia _____ kg	Osservazioni: _____ _____ _____ _____
Perdita di peso involontaria durante lo scorso mese _____ kg	
Perdita di peso involontaria durante gli ultimi 6 mesi _____ kg	

6. Trattamento alimentare artificiale a domicilio

(Segnare con una croce)

<input type="checkbox"/> orale	<input type="checkbox"/> enterale	<input type="checkbox"/> parenterale
	<input type="checkbox"/> sonda per alimentazione naso-gastrica	<input type="checkbox"/> catetere venoso centrale
	<input type="checkbox"/> Sonda PEG / Button	<input type="checkbox"/> catetere venoso periferico
	<input type="checkbox"/> Sonda FKJ	
	<input type="checkbox"/> Sonda EPJ	

7. Indicazioni terapeutiche

L'assicuratore malattia affiliato alla SVK si assume unicamente i costi delle soluzioni nutritive, dei sistemi di applicazione e del materiale di consumo dei fornitori/del servizio Home Care che hanno sottoscritto un contratto con la SVK.

a)

Tipo di alimentazione Orale/enterale/parenterale	Indicazione del fornitore	Applicazione (solo enterale)	Nome del prodotto
<input type="checkbox"/> prodotti standard con nutrienti definiti		<input type="checkbox"/> per gravita	
<input type="checkbox"/> prodotti iperproteici		<input type="checkbox"/> pompa di alimentazione	
<input type="checkbox"/> prodotti speciali adattati alla malattia		<input type="checkbox"/> altri	

b)

Copertura del fabbisogno alimentare con alimentazione artificiale
<input type="checkbox"/> totale (> 6.3 MJ/1500 kcal)
<input type="checkbox"/> parziale (3.3 – 6.3 MJ/800 – 1500 kcal)
<input type="checkbox"/> complementare (< 3.3 MJ/800 kcal)

c)

Grado di autonomia
<input type="checkbox"/> Il paziente è autonomo
<input type="checkbox"/> Il paziente ha il sostegno dei parenti / necessita dei servizi Spitex solo durante la fase iniziale
<input type="checkbox"/> Il paziente necessita dei servizi Spitex / di cure a lungo termine

8. Servizio Home Care: _____**9. Consulenza dietetica/ Osservazioni/ Informazioni supplementari / Obiettivi terapeutici**
