


## Demande de garantie de prise en charge des coûts pour une immunonutrition additive préopératoire de 5 – 7 jours à domicile

### 1. Remarques importantes




- 1.1. L'octroi de la garantie de prise en charge des coûts par la SVK constitue la condition pour la prise en charge des coûts de l'alimentation artificielle à domicile par les assureurs-maladie affiliés à la SVK.
- 1.2. La garantie de prise en charge des coûts ne peut être octroyée qu'après vérification et approbation de des indications médicales et thérapeutiques (choix du produit) par un des experts médicaux autorisés par la SSNC.
- 1.3. Les frais pour l'immunonutrition additive préopératoire (orale) sont pris en charge uniquement dans le cadre d'une assurance complémentaire correspondante et si l'approvisionnement se fait à travers d'un service de Home Care reconnu.
- 1.4. La garantie de prise en charge des coûts peut être octroyée seulement si les directives de la Société Suisse de Nutrition Clinique (SSNC), relatives à l'alimentation artificielle à domicile, sont respectées.
- 1.5. Les soussignées se déclarent d'accord à ce que les données soient traitées par la SVK de manière centralisée et sous forme anonyme et soient utilisées par la SSNC à des fins statistiques.
- 1.6. **Seules les demandes remplies de manière exhaustive et signées peuvent être prises en considération.**

### 2. Patient

Nom, prénom	_____		
Date de naissance (jour, mois, année)	_____	Sexe (f/m) _____	Langue (a/f/i) _____
Adresse	_____		
NPA, localité, canton de résidence	_____		
Assureur-maladie	_____	N° d'assuré.	_____
Assurance complémentaire	<input type="checkbox"/> Si ou, laquelle? _____		<input type="checkbox"/> Non
<b>Prière de mettre une croix dans la case qui convient:</b>			
<b>Oui</b> <input type="checkbox"/>	Je suis d'accord, qu'une copie de la garantie de prise en charge des coûts soit envoyé au Service Home Care mentionné sous chiffre 8, ainsi qu'à l'office de secrétariat centrale respectivement au service de conseil diététique, si mentionnés sous chiffre 9, et que ceux-ci prennent en charge mon approvisionnement selon les directives de la SSNC. La protection des données est assurée; il n'y a aucune transmission de données médicales		
<b>Non</b> <input type="checkbox"/>	Je ne suis pas d'accord qu'une copie de la garantie de prise en charge soit transmise. Je prends acte du fait que je dois payer moi-même la facture du Home Care Service et faire les démarches nécessaires auprès de mon assureur afin qu'elle me soit remboursée.		
Date, signature	_____		 SIGNATURE

### 3. Médecin prescrivait (assumant la responsabilité principale du patient)

Nom, prénom	_____		
Titre FMH	_____	Sexe (f/m) _____	Langue (a/f/i) _____
Adresse	_____		
NPA, localité, canton	_____		
Téléphone (indicatif interurbains inclus)	_____	Fax	_____
Date, signature	_____		 SIGNATURE

Nom du patient: \_\_\_\_\_

#### 4. Indications médicales pour l'immunonutrition additive préopératoire de 5 – 7 jours (cocher l'indication)

La nutrition supplémentaire n'est indiquée que si le/la patient(e) doit se soumettre à une opération de résection

Diagnostiques principaux : (Code ICD) : _____ ← indiquer exclusivement le Code ICD	
<b>Maladie cancéreuse (avec et sans malnutrition)</b>	Oral
Résection d'un carcinome de l'œsophage	<input type="checkbox"/>
Résection d'un carcinome d'estomac avec une gastrectomie totale ou une résection de l'estomac à 2/3	<input type="checkbox"/>
Résection du pancréas d'après Whipple ou résection partielle du pancréas	<input type="checkbox"/>
Résection lors de carcinome de la langue, du pharynx et du larynx y compris une Neck Dissection	<input type="checkbox"/>
Hemihepatectomie	<input type="checkbox"/>
<b>Transplantation (avec et sans malnutrition)</b>	
Transplantation hépatique	<input type="checkbox"/>
Transplantation pulmonaire	<input type="checkbox"/>
Greffe de cœur	<input type="checkbox"/>
<b>Maladie cancéreuse du colon avec malnutrition</b>	
Colectomie partielle ou totale	<input type="checkbox"/>
Résection du rectum partielle ou totale	<input type="checkbox"/>

#### 5. Intervention chirurgicale

Operation envisagée (date) \_\_\_\_\_

#### 6. Indications anamnestiques / Degré de dénutrition

Moment du diagnostic (Date) _____	<input type="checkbox"/> Etat de nutrition satisfaisant
Taille _____ cm	<input type="checkbox"/> Risque de dénutrition
Poids actuel _____ kg	<input type="checkbox"/> Mauvais état de nutrition
Poids normal avant la maladie _____ kg	Remarques: _____ _____ _____ _____
Perte de poids involontaire au cours du dernier mois _____ kg	
Perte de poids involontaire au cours des six derniers mois _____ kg	

Nom du patient:

## 7. Indications thérapeutiques

Les assureurs-maladie affiliés à la SVK, prennent en charge uniquement des solutions nutritives de producteurs / services Home Care disposant d'un accord contractuel avec la SVK.

Genre d'alimentation	Nom du producteur	Nom du produit
<input type="checkbox"/> immunonutrition additive max. 5 – 7 jours	_____	_____

## 8. Home Care Service:

---

---

## 9. Adresse secrétariat / Département concerné par la garantie de prise en charge des coûts

---

---

## 10. Observations / Précisions / Objectifs de la thérapie

---

---

**Le formulaire, entièrement rempli et dûment signé par le médecin ainsi que par le patient, doit être renvoyé à :**

**SVK, Département APS (NUT), Muttenstrasse 3, Case Postale, 4502 Soleure**  
Téléphone 032 / 626 57 47, Téléfax 032 / 626 57 30, [www.svk.org](http://www.svk.org), [info@svk.org](mailto:info@svk.org)