


Richiesta di garanzia di presa a carico dei costi per l'immunonutrizione additiva preoperatoria di 5 – 7 giorni a domicilio




1. Informazioni importanti

- 1.1. La concessione della garanzia di presa a carico 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 garanzia di presa a carico dei costi può essere concessa solo in seguito a verifica ed approvazione delle indicazioni mediche e terapeutiche (scelta del prodotto) da parte di uno degli esperti medici autorizzati dalla SSNC.
- 1.3. I costi per l'immunonutrizione additiva preoperatoria (orale) sono presi a carico solo nel quadro di un'assicurazione complementare corrispondente e se la fornitura è effettuata attraverso un servizio di Home Care riconosciuto.
- 1.4. La garanzia di presa a carico dei costi può essere concessa solamente se vengono rispettate le direttive della Società Svizzera di Nutrizione Clinica (SSNC), riguardanti l'alimentazione artificiale a domicilio.
- 1.5. I sottoscritti si dichiarano d'accordo affinché i dati siano trattati dalla SVK in modo centralizzato ed in forma anonima e siano utilizzati dalla SSNC per fini statistici.
- 1.6. **Possono essere prese in considerazione solo le richieste interamente compilate e firmate.**

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:			
Si <input type="checkbox"/>	Sono d'accordo che venga trasmessa una copia della garanzia di presa a carico dei costi al servizio Home Care citato al n. 8, così come all'ufficio della segretaria centrale e/o al servizio di consulenza dietetica, se menzionati al n. 9, e che questi assumano la mia assistenza 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 una 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. Medico prescrivente (responsabilità principale del paziente)

Cognome, Nome	_____		
Titolo FMH	_____	Sesso (f/m) _____	Lingua (d/f/i) _____
Indirizzo	_____		
CAP, domicilio, cantone	_____		
Telefono (incl. Prefisso)	_____	Fax _____	
Data, Firma	_____		

Cognome del paziente:

4. Indicazioni mediche per l'immunonutrizione additiva preoperatoria di 5 – 7 giorni (segnare l'indicazione con una crocetta)

L'integratore alimentare è indicato solo se il/la paziente deve sottoporsi ad un intervento di resezione

Diagnosi principali : (Codice ICD) : _____ ← indicare solo il Codice ICD	
Malattia cancerogena (con e senza malnutrizione)	Oral
Resezione di un carcinoma esofageo	<input type="checkbox"/>
Resezione di un carcinoma dello stomaco con una gastrectomia totale o parziale dei 2/3 dello stomaco	<input type="checkbox"/>
Resezione pancreatica secondo Whipple o resezione pancreatica parziale	<input type="checkbox"/>
Resezione di un tumore della lingua, della faringe, della laringe, compresa una Neck Dissection	<input type="checkbox"/>
Emiepatectomia	<input type="checkbox"/>
Trapianto (con e senza malnutrizione)	
Trapianto epatico	<input type="checkbox"/>
Trapianto polmonare	<input type="checkbox"/>
Trapianto di cuore	<input type="checkbox"/>
Malattia cancerogena del colon con malnutrizione	
Colectomia parziale o totale	<input type="checkbox"/>
Resezione parziale o totale del retto	<input type="checkbox"/>

5. Intervento chirurgico

Operazione prevista il (data) _____

6. Dati anamnestici / Grado di malnutrazione

Data della diagnosi (Data) _____	<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	

Cognome del paziente:

7. Indicazioni terapeutiche

Gli assicuratori malattia affiliati alla SVK, prendono a carico unicamente degli integratori alimentari di produttori / servizi Home Care che dispongono di un'accordo contrattuale con la SVK.

Tipo d'alimentazione	Nome del produttore	Nome del prodotto
<input type="checkbox"/> immunonutrizione additiva max. 5 – 7 giorni	_____	_____

8. Servizio Home Care:

9. Indirizzo del segretariato / dipartimento a qui trasmettere in copia la garanzia di presa a carico dei costi

10. Osservazioni / Precisazioni / Obiettivi terapeutici

La richiesta, interamente compilata e debitamente firmata sia dal medico che dal paziente, dev'essere rispedita a:

SVK, Dipartimento APS (NUT), Muttonstrasse 3, Casella Postale, 4502 Soletta
Telefono 032 / 626 57 47, Telefax 032 / 626 57 30, www.svk.org, info@svk.org