

---

## Domanda di garanzia di presa a carico dei costi per l'alimentazione artificiale a domicilio Groupe Mutuel Fax 058 758 54 56

---

### 1. Informazioni importanti

- 1.1. Il rilascio della garanzia d'assunzione dei costi da parte dell'assicuratore è necessario in caso di una prescrizione di alimentazione artificiale a domicilio.
- 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 un esperto medico.
- 1.3. I costi per la nutrizione enterale e parenterale a domicilio sono presi a carico dall'assicurazione di base se è necessaria la nutrizione con sonda o intravenosa. I costi per la nutrizione enterale senza sonda (nutrizione liquida) sono presi a carico dall'assicurazione di base esclusivamente se l'indicazione è stabilita nel rispetto delle "direttive della SSNC" (allegato 1 OPre). La fornitura è effettuata attraverso un servizio di Home Care riconosciuto.
- 1.4. I sottoscritti si dichiarano d'accordo affinché i dati siano trattati dalla SSNC ed in forma anonima e siano utilizzati per fini statistici.
- 1.5. Possono essere prese in considerazione solo le domande interamente compilate e firmate.

### 2. Paziente

Cognome, nome	_____
Data di nascita (giorno, mese, anno)	_____ Sesso (f/m)_____ Lingua (d/f/i)_____
Indirizzo	_____
CAP, domicilio	_____
Assicurazione di base	_____
Numero assicurato	_____
Assicurazione complementare	<input type="checkbox"/> se sì, quale?_____ <input type="checkbox"/> no
Questo formulario sarà trasmesso al vostro medico curante, al vostro farmacista Home Care e al vostro assicuratore.	
Data, Firma	_____

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

Cognome, Nome	_____
Numero di concordato	_____
Data, Firma	_____

Cognome paziente: \_\_\_\_\_

#### 4. Indicazioni mediche per l'alimentazione artificiale

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

#### 5. Trattamento alimentare artificiale a domicilio

orale       enterale       parenterale

#### 6. Indicazioni terapeutiche

Tipo di alimentazione (orale, enterale, parenterale)	Nome del prodotto
	<input type="checkbox"/> .....
	<input type="checkbox"/> .....
	<input type="checkbox"/> .....
	<input type="checkbox"/> .....
	<input type="checkbox"/> .....

#### 7. Consulenza dietetica / Osservazioni / Informazioni supplementari / Obiettivi terapeutici

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_