

## Domanda di garanzia di presa a carico dei costi per una immunonutrizione additiva preoperatoria di 5-7 giorni a domicilio

### 1. Informazioni importanti

- 1.1. La garanzia di presa a carico dei costi può essere concessa solo in seguito a verifica e approvazione delle indicazioni mediche e terapeutiche (scelta del prodotto) da parte di un esperto medico.
- 1.2. I costi per l'immunonutrizione additiva preoperatoria (orale) sono presi a carico dall'assicurazione di base unicamente se l'indicazione è stabilita nel rispetto delle "direttive della SSNC" (allegato 1 OPre). Il paziente è fundamentalmente libero di scegliere da quale fornitore di prestazioni desidera ottenere il prodotto richiesto. Si consiglia la fornitura tramite un servizio di Home Care riconosciuto dalla SSNC.
- 1.3. I sottoscritti accettano che i dati siano trattati dalla SVK in modo centralizzato ed in forma anonima e siano utilizzati dalla SSNC per fini statistici.
- 1.4. Possono essere prese in considerazione solo le domande interamente compilate e firmate.

### 2. Paziente

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Data di nascita	<input type="text"/>	<input type="radio"/> femmina <input type="radio"/> maschio	lingua <input type="text"/>
Indirizzo <input type="text"/>			
CAP, luogo <input type="text"/>			
Assicuratore malattia	<input type="text"/>	N° d'assicurato	<input type="text"/>
<b>Barrate la vostra scelta con una crocetta:</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Si</b>	Sono d'accordo che una copia della garanzia di presa a carico dei costi venga trasmessa al Servizio Home Care citato al punto 8, nonché al servizio di consulenza dietetica o alla segreteria, se menzionati al punto 9, e che questi assumano la mia cura secondo le direttive della SSNC. La protezione dei dati è garantita e non viene trasmessa nessuna informazione medica.		
<input type="checkbox"/> <b>No</b>	Non sono d'accordo che una copia della garanzia di presa a carico dei costi venga trasmessa a terzi e prendo atto di dover provvedere personalmente al pagamento della fattura emessa dal Servizio Home Care nonché a richiederne il rimborso all'assicuratore malattia.		
Data, firma	<input type="text"/>		



### 3. Medico prescrivente (responsabilità principale del paziente)

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>	N°CAMS	<input type="text"/>
CAP, luogo <input type="text"/>			
Telefono	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
Data, firma	<input type="text"/>		



#### 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 principale: (Codice ICD) : <input type="text"/> ← indicare solo il Codice ICD	
<b>Malattia cancerogena (con e senza malnutrizione)</b>	
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 dissezione del collo Emiepatectomia	<input type="checkbox"/>
<b>Trapianto (con e senza malnutrizione)</b>	
Trapianto epatico	<input type="checkbox"/>
Trapianto polmonare	<input type="checkbox"/>
Trapianto di cuore	<input type="checkbox"/>
<b>Malattia cancerogena del colon con malnutrizione</b>	
Colectomia parziale o totale	<input type="checkbox"/>
Resezione parziale o totale del retto	<input type="checkbox"/>

#### 5. Intervento chirurgico

Operazione prevista per il (data) <input type="text"/>
--

#### 6. Dati anamnestici / Grado di malnutrizione

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

## 7. Indicazioni terapeutiche

Gli assicuratori malattia affiliati alla SVK assumono i costi delle soluzioni nutritive, dei sistemi di applicazione e del materiale di consumo dei fornitori/dei servizi Home Care che hanno sottoscritto un contratto con la SVK. La scelta del prodotto viene effettuata **"secondo prescrizione"**.

Tipo di alimentazione	Nome del prodotto	Nome del produttore
<input type="checkbox"/> immunonutrizione additiva max. 5 - 7 giorni		

## 8. Servizio Home Care

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> AxelCare SA  | <input type="checkbox"/> HomeCare Mittelland Plus (Central Apotheke) |
| <input type="checkbox"/> Farmadomo Home Care Ticino e Moesano               | <input type="checkbox"/> HomeCare Nordstern, Schaffhausen            |
| <input type="checkbox"/> FresuCare AG                                       | <input type="checkbox"/> HomeCare Ti-CURO                            |
| <input type="checkbox"/> Grosse Apotheke und Laboratorium<br>Dr. G. Bichsel | <input type="checkbox"/> Innoval HomeCare Vollservice AG             |
| <input type="checkbox"/> Homecare Apotheke Burgdorf                         | <input type="checkbox"/> Pharmadom Sàrl                              |
| <input type="checkbox"/> HomeCare Bern-Basel                                | <input type="checkbox"/> Proximos                                    |
|   | <input type="checkbox"/> Sitex SA                                    |

Altri

- Sì, accetto che il servizio Home Care scelto qui sopra riceva una copia del presente modulo. Il **servizio Home Care** può quindi prendere **visione dei miei dati medici**.

Data, firma: \_\_\_\_\_



## 9. Indirizzo della segreteria / del dipartimento a cui comunicare la garanzia di presa a carico dei costi

## 10. Osservazioni / Precisazioni / Obiettivi terapeutici

Inviare il modulo debitamente compilato e firmato sia dal medico che dal paziente, a:  
**SVK, Dipartimento NUT, Muttenstrasse 3, Casella postale, 4502 Soletta, nut@svk.org**