ANNEXE

Demande pour l'intervention dans le coût de l'alimentation entérale par sonde à domicile

I. Identification du bénéficiaire

Nom : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Prénom : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Adresse : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
NISS: |_|_|_|_|_|_| |_|_|_| |_|_|

II. Eléments à attester par le médecin spécialiste traitant ou un autre médecin travaillant en collaboration avec une équipe médicale hospitalière ayant une expérience incontestable en la matière

☐	1ère demande (12 mois maximum)
☐	Prolongation (12 mois maximum)

|_|_| |_|_| |_|_|_|_| Date de début de la 1ère demande

Je soussigné, médecin, demande une intervention pour le/la bénéficiaire susmentionné/e pour l'utilisation de l'alimentation entérale par sonde à domicile. Il est satisfait aux conditions mentionnées dans l'AR du 10 novembre 1996. Mon dossier contient les éléments à l'appui.

La situation spécifique de l'intéressé concerne* :

☐ **A**: une pathologie reprise dans un des groupes suivants:
- ☐ 1° pathologies neurologiques sévères avec absence ou incoordination du réflexe de déglutition
- ☐ 2° séquelles de chirurgie et/ou de radiothérapie bucco-pharyngée ou laryngée
- ☐ 3° obstruction de l'oropharynx, de l'oesophage ou de l'estomac
- ☐ 4° maladies métaboliques héréditaires

☐ **B**: une insuffisance intestinale temporaire ou permanente à la suite de :
- ☐ 1° maladies inflammatoires idiopathiques de l'intestin (maladie de Crohn, rectocolite ulcéro-hémorragique) :
  - a) résistantes aux médicaments et
  - b) ayant atteint des segments étendus de l'intestin
- ☐ 2° résections intestinales étendues
- ☐ 3° malabsorption intestinale très sévère consécutive à:
  - ☐ a) entérite radique
  - ☐ b) atrophie villositaire totale (maladie coeliaque) ou affections équivalentes qui ne répondent pas à un traitement classique
  - ☐ c) lymphomes intestinaux
  - ☐ d) pancréatite chronique récidivante
  - ☐ e) mucoviscidose
- ☐ 4° surinfection du tube digestif chez les patients atteints du "syndromed'immunodéficience acquise"
- ☐ 5° diarrhée rebelle de l'enfant, d'origine congénitale ou acquise
- ☐ 6° ascite chyleuse rebelle

☐ **C**: enfant / adolescent jusqu'à 17 ans inclus en phase de croissance atteints d'une affection entraînant un déficit nutritionnel sévère avec retentissement sur le développement staturo-pondéral.

☐ **D**: un grave trouble fonctionnel du système gastro-intestinal ayant un important impact sur l'état nutritionnel qu'il était impossible de corriger d'une manière acceptable par la voie orale. Un rapport circonstancié avec l'historique des traitements doit être rédigé par le médecin spécialiste et joint à la demande dont il est question à l'article 2.

☐ **E** : une maladie grave entraînant une dénutrition sévère (soit NRS *Nutritional Risk Screening* score supérieur à 3 soit BMI inférieur à 18,5) et ne pouvoir atteindre ses objectifs nutritionnels sous forme d'alimentation orale ou de compléments alimentaires oraux. Pour cette indication, la nutrition entérale doit être initiée pendant l'hospitalisation ou pendant les 3 mois qui suivent l'hospitalisation sur prescription du médecin qui était responsable du traitement durant l'hospitalisation.

Nutriment:

☐ Polymérique

☐ Semi-élémentaire ou élémentaire

***Cocher les cases correspondantes**

III. Identification du médecin

Nom : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Prénom : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Numéro INAMI : |_| |_|_|_|_|_| |_|_| |_|_|_|
Date : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Cachet	Signature du médecin