

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

I. Identification du bénéficiaire

Nom, prénom	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text" value="(jj-mm-aa)"/>
NISS	<input type="text"/>

II. Éléments 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)

Date de début de l'utilisation de l'alimentation entérale par sonde

Prolongation (12 mois maximum)

Prolongation avec modification : type de nutriment et/ou mode d'administration
(au cours d'une période de 12 mois)

Date de début de la modification

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 ulcérohémorragique) :
 - 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 'syndrome d'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 atteint 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 aux demandes dont il est question aux articles 2 et 2/1.

- 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.

TYPE DE NUTRIMENT :

Polymérique

De 0 à 18 mois ou jusqu'à un poids <9 kg	Code CNK
<input type="checkbox"/> Infatrini 125 ml	3191-020
<input type="checkbox"/> Infatrini en poudre 400 g	3479-227
<input type="checkbox"/> Infatrini 500 ml	3764-040

De 1 à 6 ans ou d'un poids de 8 à 20 kg	Code CNK
<input type="checkbox"/> Nutrini	3742-335
<input type="checkbox"/> Nutrini Multi Fibre	3742-293
<input type="checkbox"/> Nutrini Energy	3763-927
<input type="checkbox"/> Nutrini Energy Multi Fibre	3742-285
<input type="checkbox"/> Nutrini Low Energy Multi Fibre	3763-992

De 7 à 12 ans ou d'un poids de 21 à 45 kg	Code CNK
<input type="checkbox"/> NutriniMax	3742-301
<input type="checkbox"/> NutriniMax Multi Fibre	3763-943
<input type="checkbox"/> NutriniMax Energy	3763-935
<input type="checkbox"/> NutriniMax Energy Multi Fibre	3742-319

Semi-élémentaire

À partir de 1 an	Code CNK
<input type="checkbox"/> Nutrini Peptisorb	3763-919
<input type="checkbox"/> Nutrini Peptisorb Energy	3764-016

Élémentaire

De 0 à 1 an	Code CNK
<input type="checkbox"/> Neocate LCP	1437-615

À partir de 1 an	Code CNK
<input type="checkbox"/> Neocate Junior	Neutre: 3674-876 Vanille: 3703-832 Fraise: 3703-824

Les produits qui font l'objet d'un remboursement via la liste de la nutrition médicale remboursable annexée à l'AR du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des aliments diététiques à des fins médicales spéciales ne peuvent pas être pris en compte dans le forfait pour l'administration d'un produit avec pseudo-code 751251 ou 751273.

Pompe:

Utilisation d'une pompe de nutrition entérale

III. Identification du médecin

Nom, prénom

Adresse

Numéro INAMI

Date

Cachet

Signature du médecin

*Cocher les cases correspondantes