01.02.2025

C31) 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)

\|_\|_\| \|_\|_\| \|_\|_\|_\|_\| Date de début de l'utilisation de l'alimentation entérale par sonde

☐ Prolongation (12 mois maximum)

☐ Modification du type de nutrition et / ou du mode d'administration (avec ou sans pompe) au cours de la période de d'autorisation en cours

\|_\|_\| \|_\|_\| \|_\|_\|_\|_\| Date de début de la modification

Nous soussignés, diététicien et médecin spécialiste, demandons 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 la liste (Partie II – Titre 2 – Chapitre I) annexée à l'A.R. du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1er, 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.
Le dossier du bénéficiaire contient tous les éléments nécessaires à l' appui.

Le (risque de) dénutrition du bénéficiaire est relatif au diagnostic de :

- ☐ Cancer :……..……..……
- ☐ Un problème neurologique :……...
- ☐ Un problème gastro-intestinal :……..
- ☐ Une intervention invasive :……..……
- ☐ Une maladie métabolique héréditaire :……..……
- ☐ Autre (pour les bénéficiaires de plus de 18 ans et sur base des critères GLIM) :…… ……
- ☐ Autre (pour les bénéficiaires jusqu'à 17 ans inclus en phase de croissance) :……..…

Détermination de la couverture des besoins protéinés et énergétiques totaux par la nutrition entérale

Les besoins en protéines totaux par jour= ……g/jour

L'apport en protéines via la nutrition entérale = ……..g/jour

Les besoins énergétiques totaux par jour= ……kcal/jour

L'apport d'énergie via la nutrition entérale = ……..kcal/jour

Type de nutriment : Ne compléter qui si le produit n'est pas exclu du remboursement *

- ☐ Polymérique
- ☐ Semi-élémentaire
- ☐ Elémentaire

*

- Les produits pour nourrissons qui peuvent être administrés par voie orale (per os) dans des circonstances normales.
- Les produits de nutrition médicale qui ne sont pas spécifiquement destinés à être administrés par sonde mais à être ingérés par voie orale.
- Les produits qui font l'objet d'un remboursement via la liste de la nutrition médicale remboursable (Partie I – Titre 2 – Chapitre I) annexée à l'A.R. du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1er, 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Pompe :

- ☐ Utilisation d'une pompe de nutrition entérale

III. Identification du diététicien

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

Signature du diététicien	

IV. Identification du médecin spécialiste

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

Cachet	Signature du médecin spécialiste