C41) Aanvraag tot tegemoetkoming voor afgeleverde zakken bestemd voor parenterale voeding voor ambulante niet in het ziekenhuis opgenomen rechthebbenden

I. Identificatie van de rechthebbende

Naam : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Voornaam : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Adres : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Geboortedatum : |_|_| |_|_| |_|_|_|
INSZ : |_|_|_|_|_|_| |_|_|_| |_|_|

Woonplaats : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

II. Elementen te bevestigen door de arts-specialist die samenwerkt met een multidisciplinair ziekenhuisteam dat ervaring heeft in deze materie

☐ 1ste aanvraag (1 jaar maximum)
☐ Verlenging (5 jaren maximum)

|_|_| |_|_| |_|_|_|_| Begindatum van de 1ste aanvraag

Type van zakken :

- ☐ 1° zakken PN «op maat» voor volwassenen
- ☐ 2° zakken PN «op maat» voor kinderen tot en met 17 jaar
- ☐ 3° industriële pre-mengsels PN waaraan al dan niet mineralen en/of vitamines toegevoegd worden
- ☐ 4° zakken PN « perdialyse »
- ☐ 5° zakken « vocht en elektrolyten »

Ondergetekende arts vraagt voor de hoger vermelde rechthebbende een tussenkomst voor de toepassing van parenterale voeding. Er is voldaan is aan de voorwaarden vermeld in de lijst (Deel II – Titel 2 – Hoofdstuk II) in bijlage van het KB van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. In mijn dossier beschik ik over de elementen om dit te staven.

Diagnose*:

Omstandige beschrijving van de klinische toestand van de rechthebbende:
De rechthebbende kan via orale of enterale weg onvoldoende voedingsaanbod bekomen om aan zijn metabole behoeften te voldoen. De rechthebbende lijdt aan één van de volgende aandoeningen:

☐ A: een tijdelijke of blijvende intestinale insufficiëntie ten gevolge van :

- ☐ 1° idiopatische inflammatoire darmziekten (ziekte van Crohn, colitis ulcerosa)
  a) die geneesmiddelenresistent zijn en
  b) die uitgebreide segmenten van de darm hebben aangetast
- ☐ 2° uitgebreide intestinale resecties
- ☐ 3° zeer ernstige intestinale malabsorptie ten gevolge van:
  - ☐ a) radio-enteritis
  - ☐ b) totale darmvlokkenatrofie (coeliakie) of equivalente aandoeningen die niet beantwoorden aan een klassieke behandeling
  - ☐ c) intestinale lymfomen
  - ☐ d) chronische pancreatitis waarvan wordt aangetoond dat orale of maagsondevoeding onmogelijk is
  - ☐ e) mucoviscidose (cystische fibrose, taaislijmziekte)
  - ☐ f) peritoneale carcinomatose met intestinale occlusie
- ☐ 4° surinfectie van het spijsverteringskanaal bij patiënten lijdend aan "acquired immunodeficiency syndrome
- ☐ 5° aanhoudende diarree bij kinderen, aangeboren of verworven
- ☐ 6° weerstandige chyleuze ascites.

☐ B : het intestinaal inactiveren om therapeutische motieven wegens fistels als verwikkeling bij één van de sub A opgesomde aandoeningen.

☐ C: proteo-calorische malnutritie die wordt aangetoond door:
a) ofwel een verlaging van het lichaamsgewicht (drooggewicht na hemodialyse) gelijk aan 10 pct. of meer tijdens de laatste 12 maanden
b) ofwel een pre-albuminegehalte lager dan 0,3 g/L

bij gehemodialyseerde rechthebbenden voor wie is aangetoond dat het dialysevoorschrift adequaat is door een van de evaluatiemethoden van de Kt/V die minimum gelijk aan 0,9 moet zijn.

☐ D : ernstige functionele stoornis van het gastro-intestinale systeem met gedocumenteerde belangrijke weerslag op de voedingstoestand, waarbij het onmogelijk was om via orale of enterale weg (via nasoduodenale sonde of percutane jejunale sonde) de voedingstoestand op een aanvaardbare manier te corrigeren. Een omstandig verslag met de historiek van de behandelingen moet aan de eerste aanvraag en aan de aanvraag van verlenging toegevoegd worden.

*Het (De) desbetreffende vak(ken) aanduiden

III. Identificatie van de arts-specialist van het ziekenhuis

Naam : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Voornaam : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
RIZIV-nummer : |_| |_|_|_|_| |_|_| |_|_|
Datum : |_|_| |_|_| |_|_|_|

Stempel	Handtekening van de arts