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)

☐ 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 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. 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 "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 une dénutrition 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
☐ Semi-élémentaire
☐ Elémentaire

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, 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

***Cocher les cases correspondantes**

III. Identification du médecin

<table>
<tr><td>Nom : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|</td></tr>
<tr><td>Prénom : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|</td></tr>
<tr><td>Numéro INAMI : |_| |_|_|_|_|_| |_|_| |_|_|_|</td></tr>
<tr><td>Date : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|</td></tr>
</table>

Cachet	Signature du médecin