

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 diététicien traitant et à valider par le médecin spécialiste traitant ayant une expérience en matière de nutrition qui fait partie d'une équipe hospitalière

☐	1 ^{ère} 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 1^{er}, 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 que si le produit n'est pas exclu du remboursement *

- ☐ Polymérique
- ☐ Semi-élémentaire
- ☐ Élémentaire

*

- 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 1^{er}, 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

[illegible]

Signature du diététicien	
--------------------------	--

IV. Identification du médecin spécialiste

Nom :	
Prénom :	
Numéro INAMI :	
Date :	

Cachet	Signature du médecin spécialiste
--------	----------------------------------

Exception : si la demande de remboursement ne concerne pas de produits remboursables dans le cadre de la nutrition entérale par sonde à domicile, il n'est pas nécessaire de mentionner les besoins totaux en protéines et en énergie sur le modèle C31 ni de faire intervenir un diététicien.