C41) Demande d'intervention pour le remboursement des poches destinées à la nutrition parentérale pour des bénéficiaires ambulatoires non hospitalisés

I. Identification du bénéficiaire

Nom : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Prénom : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Adresse : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
NISS: |_|_|_|_|_|_| |_|_|_| |_|_|

Lieu de résidence : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

II. Eléments à attester par le médecin spécialiste travaillant en collaboration avec une équipe médicale hospitalière à caractère multidisciplinaire ayant une expérience en la matière

☐	1ère demande (1 an maximum)
☐	Prolongation (5 ans maximum)

|_|_| |_|_| |_|_|_|_| Date de début de la 1ère demande

Type de poches :

- ☐ 1° poches PN « à la carte » adultes
- ☐ 2° poches PN « à la carte » enfants jusqu'à 17 ans inclus
- ☐ 3° pré-mélanges industriels PN avec ou sans ajout de minéraux et/ou vitamines
- ☐ 4° poches PN « perdialytique »
- ☐ 5° poches d'hydratation et électrolytes

Je soussigné, médecin, demande une intervention pour le/la bénéficiaire susmentionné/e pour l'utilisation de l'alimentation parentérale. Il est satisfait aux conditions mentionnées dans la liste (Partie II – Titre 2 – Chapitre II) annexée à l'AR 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.

Diagnostic :*

Description circonstanciée de l'état clinique du bénéficiaire :
le bénéficiaire ne peut atteindre un apport nutritionnel suffisant pour satisfaire ses besoins métaboliques, par voie orale ou entérale et il est atteint d'une des affections suivantes:

☐ **A**: 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 ré pondent pas à un traitement classique
  - ☐ c) lymphomes intestinaux
  - ☐ d) pancréatite chronique dont il est démontré que l'alimentation par voie orale ou la nutrition entérale par sonde est impossible
  - ☐ e) mucoviscidose
  - ☐ f) carcinomatose péritonéale avec occlusion intestinale
- ☐ 4° surinfection du tube digestif chez les patients atteints du "syndromed'immunodéficience acquise"
- ☐ 5° diarrhée rebelle de l'enfant, d'origine congénitale ou acquise
- ☐ 6° ascite chyleuse rebelle.

☐ B : la mise au repos intestinale pour motif thérapeutique pour des fistules, complication d'une des affections citées sous A

☐ C : malnutrition protéo-calorique démontrée par :

a) soit une diminution du poids corporel (poids sec après hémodialyse) égale à 10 p.c. ou plus au cours des 12 derniers mois

b) soit un taux de pré-albumine inférieur à 0,3 g/L

chez des bénéficiaires hémodialysés pour lesquels il est démontré que la prescription de dialyse est adéquate par une des méthodes d'évaluation du Kt/V qui doit être au minimum égal à 0,9.

☐ D : être atteint 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 ou entérale (par sonde naso-duodénale ou sonde de jéjunostomie). Un rapport circonstancié avec l'historique des traitements doit être joint à la 1ère demande et à la demande de prolongation.

***Cocher les cases correspondantes**

III. Identification du médecin hospitalier

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

Cachet	Signature du médecin