

I. Identification du bénéficiaire

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

[illegible]

☐ 1^{ère} demande (12 mois maximum)

|_|_| |_|_| |_|_|_| Date de début de l'utilisation de l'alimentation parentérale

☐ Prolongation (5 ans maximum)

☐ Modification du type de poches au cours de la période d'autorisation en cours

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

- ☐ 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° Pré-mélanges industriels PN pour enfants jusqu'à 17 ans inclus auxquels sont ajoutés « à la carte » des nutriments autres que minéraux et/ou vitamines et/ou électrolytes
- ☐ 5° Poches d'hydratation/électrolytes un jour où la nutrition parentérale est aussi administrée
- ☐ 6° Poches d'hydratation/électrolytes un jour où aucune nutrition parentérale n'est administrée
- ☐ 7° Poches d'hydratation/électrolytes sans utilisation de nutrition parentérale
- ☐ 8° Poches PN « per dialytique »

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 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. 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° résections intestinales étendues (short bowel)
 - ☐ 2° fistules provenant de l'intestin grêle entraînant une malabsorption intestinale sévère
 - ☐ 3° atteinte très sévère des muqueuses 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) maladies inflammatoires idiopathiques de l'intestin (maladie de Crohn, rectocolite ulcéro-hémorragique) qui sont résistantes aux médicaments et ayant atteint des segments étendus de l'intestin
 - ☐ 4° occlusion intestinale (tumeur, sténoses, adhérences) sans possibilité chirurgicale
 - ☐ 5° diarrhée rebelle de l'enfant, d'origine congénitale ou acquise
 - ☐ 6° chylothorax rebelle ou ascite chyleuse rebelle
 - ☐ 7° troubles sévères de la digestion ou de l'absorption des lipides dont il est démontré que l'alimentation par voie orale ou la nutrition entérale par sonde est insuffisante:
 - ☐ a) pancréatite chronique ou insuffisance pancréatique
 - ☐ b) mucoviscidose

☐ B : la mise au repos intestinale pour motifs thérapeutiques en raison de fistules

- ☐ 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 1^{ère} 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
--------	----------------------