

I. Identificatie van de rechthebbende

Woonplaats :

☐ 1^{ste} aanvraag (12 maanden maximum)

||| ||| ||||| Begindatum van het gebruik van parenterale voeding

☐ Verlenging (5 jaren maximum)

☐ Wijziging type zakken binnen huidige machtiging
 |__| |__| |__|__| Begindatum van de wijziging

- ☐ 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° Industriële pre-mengsels PN voor kinderen tot en met 17 jaar waaraan «op maat» nutriënten toegevoegd worden buiten mineralen en/of vitamines en/of elektrolyten
- ☐ 5° Zakken met vocht/elektrolyten op een dag dat er ook parenterale voeding wordt toegediend
- ☐ 6° Zakken met vocht/elektrolyten op een dag dat er geen parenterale voeding wordt toegediend
- ☐ 7° Zakken met vocht/elektrolyten zonder gebruik van parenterale voeding
- ☐ 8° Zakken PN « per dialyse »

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: lijden aan een tijdelijk of blijvend darmfalen ten gevolge van:
- ☐ 1° uitgebreide intestinale resecties (short bowel)
 - ☐ 2° fistels uitgaande van de dunne darm die aanleiding geven tot ernstige intestinale malabsorptie
 - ☐ 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) idiopathische inflammatoire intestinale ziekten (ziekte van Crohn, colitis ulcerosa) die geneesmiddelenresistent zijn en uitgebreide segmenten van de darm hebben aangetast
 - ☐ 4° intestinale occlusie (tumoraal, stricturen, adhesie) zonder heekkundige opties
 - ☐ 5° aanhoudende diarree bij kinderen, aangeboren of verworven
 - ☐ 6° weerstandige chylothorax of chyleuze ascites
 - ☐ 7° ernstige stoornissen van digestie en/of absorptie van vetten waarbij wordt aangetoond dat orale of enterale voeding ontoereikend is:
 - ☐ a) chronische pancreatitis of pancreasinsufficiëntie
 - ☐ b) mucoviscidose (cystische fibrose, taaislijmziekte).
- ☐ B : het intestinaal inactiveren om therapeutische motieven wegens fistels
- ☐ 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
---------	--------------------------