**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° 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 « perdialytique »

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° 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 ~~i~~nsuffisant:
* 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 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 |