

## Annexe

A envoyer sous enveloppe fermée au médecin-conseil

### DEMANDE D'INTERVENTION POUR ALIMENTATION ENTERALE PAR SONDE A DOMICILE

Identification du bénéficiaire (compléter ou apposer la vignette O.A.)
Nom, prénom: .....
Adresse: .....
Date de naissance: .....
N° d'inscription O.A.: .....

Lieu de résidence: .....
--------------------------

DONNEES MEDICALES

1re demande  prolongation

Diagnostic: .....

Description détaillée de l'état clinique du patient (en particulier, raison(s) expliquant la nécessité d'une alimentation entérale par sonde).

.....

Date de début: .././..

Sexe: ..

Taille: ..

Poids: ..

Durée prévue: ..... Apport énergétique par sonde: ..... kcal/24 h.

Matériel utilisé

sonde nasogastrique  sonde de gastrostomie  sonde de jéjunostomie  autre sonde

pompe

Nutriment:  polymérique  semi élémentaire

nom(s) de(s) produit(s) .....

Prescripteur .....

(compléter ou apposer le timbre) .....

Nom, prénom: .....

N° d'ident. INAMI: .....

Etablissement de soins: .....

.....

Date: .....

Signature: .....