

# Ordonnance de nutrition entérale à domicile avec gastrostomie ou jéjunostomie

(articles L. 165-1, R. 161-45 et R. 165-38 du Code de la sécurité sociale)

## Personne recevant les soins et assuré(e)

**Personne recevant les soins** (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

**Assuré(e)** (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

**Adresse de l'assuré(e)**

## Conditions de prise en charge

**Maladie**  soins en rapport avec une ALD : oui  non

## Prescription

poids du patient : ..... kg

- forfait hebdomadaire de nutrition entérale sans pompe
- forfait hebdomadaire de nutrition entérale avec pompe
- bouton de gastrostomie ou de jéjunostomie et ses accessoires, tous les ..... mois :
  - en silicone
  - en polyuréthane
  - charrière : .....
- ..... prolongateurs de bouton de gastrostomie
- sonde de gastrostomie ou de jéjunostomie, tous les ..... mois
- ..... poche(s) à eau et sa(leur) tubulure pour hydratation
- ..... boîte(s) de 10 pansements adhésifs, stériles, avec compresse intégrée absorbante, > ou = 180 cm<sup>2</sup>
- ..... boîte(s) de 10 sachets de 5 compresses non tissées stériles, > ou = 56 cm<sup>2</sup> et < 100 cm<sup>2</sup>
- ..... boîte(s) de 10 films adhésifs semi-perméables stériles, > ou = 150 cm<sup>2</sup>
- sparadrap non élastique, > ou = 1 250 cm<sup>2</sup> et < 1 875 cm<sup>2</sup>
- forfait de **première installation**

mélanges nutritifs pour nutrition entérale :

....., ..... ml..... fois par jour  
....., ..... ml..... fois par jour  
....., ..... ml..... fois par jour

Prescription initiale pour 1<sup>ère</sup> installation

QSP pour 14 jours.

Prescription pour renouvellement

QSP pour 28 jours. A renouveler..... fois

• nombre de cases cochées

## Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale

adresse

identifiant  
(n° RPPS)

n° structure  
(AM, FINESS ou SIRET)

A ....., le

signature

La loi rend passible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal)

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir le versement de prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale.

Toutes les informations figurant sur cette déclaration sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant à votre organisme d'assurance maladie.

# Ordonnance de nutrition entérale à domicile avec gastrostomie ou jéjunostomie

(articles L. 165-1, R. 161-45 et R. 165-38 du Code de la sécurité sociale)

## Personne recevant les soins et assuré(e)

**Personne recevant les soins** (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

**Assuré(e)** (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

**Adresse de l'assuré(e)**

## Conditions de prise en charge

**Maladie**  soins en rapport avec une ALD : oui  non

## Prescription

poids du patient : ..... kg

- forfait hebdomadaire de nutrition entérale sans pompe
- forfait hebdomadaire de nutrition entérale avec pompe
- bouton de gastrostomie ou de jéjunostomie et ses accessoires, tous les ..... mois :
  - en silicone
  - en polyuréthane
  - charrière : .....
- ..... prolongateurs de bouton de gastrostomie
- sonde de gastrostomie ou de jéjunostomie, tous les ..... mois
- ..... poche(s) à eau et sa(leur) tubulure pour hydratation
- ..... boîte(s) de 10 pansements adhésifs, stériles, avec compresse intégrée absorbante, > ou = 180 cm<sup>2</sup>
- ..... boîte(s) de 10 sachets de 5 compresses non tissées stériles, > ou = 56 cm<sup>2</sup> et < 100 cm<sup>2</sup>
- ..... boîte(s) de 10 films adhésifs semi-perméables stériles, > ou = 150 cm<sup>2</sup>
- sparadrapp non élastique, > ou = 1 250 cm<sup>2</sup> et < 1 875 cm<sup>2</sup>
- forfait de **première installation**

mélanges nutritifs pour nutrition entérale :

..... ml..... fois par jour  
..... ml..... fois par jour  
..... ml..... fois par jour

Prescription initiale pour 1<sup>ère</sup> installation

QSP pour 14 jours.

Prescription pour renouvellement

QSP pour 28 jours. A renouveler..... fois

• nombre de cases cochées

## Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale

adresse

identifiant  
(n° RPPS)

n° structure  
(AM, FINESS ou SIRET)

A ....., le

signature

La loi rend passible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal)

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir le versement de prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale.

Toutes les informations figurant sur cette déclaration sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant à votre organisme d'assurance maladie.