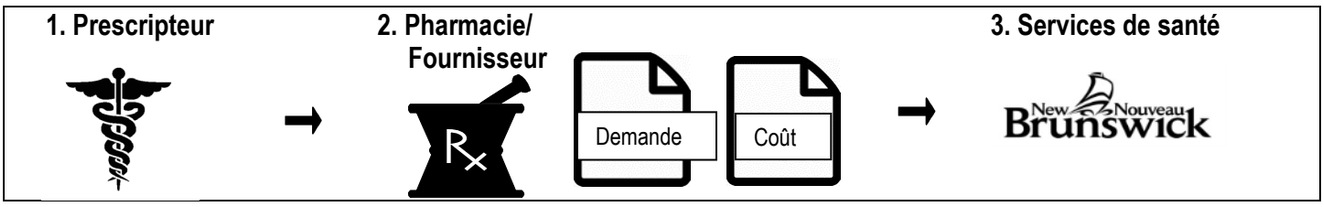
DÉVELOPPEMENT SOCIAL
Services de santé
C.P. 5500, Fredericton (N.-B.) E3B 5G4
Sans frais : 1-844-551-3015
Télécopieur : 506-453-3960

SERVICES DE SANTÉ
DEMANDE D'ALIMENTATION ENTÉRALE

Ce formulaire vise à fournir suffisamment de renseignements médicaux aux Services de santé du Ministère du développement social pour qu'il détermine l'admissibilité au programme relatif aux alimentations entérales. ***NOTER : Pour les enfants et les jeunes de moins de 19 ans, le formulaire d'alimentation entérale est fourni par la Santé publique.**

Processus de demande : 1) Le prescripteur autorisé remplit la demande; **2)** La demande est soumise à la pharmacie/fournisseur; **3)** La pharmacie/fournisseur envoie la demande avec l'estimation des coûts aux Services de santé en vue d'une décision.



RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT	
NOM DE FAMILLE :	
PRÉNOM :	
DATE DE NAISSANCE :	
NO DE CARTE D'ASSISTANCE MÉDICALE :	
NO D'ASSURANCE MALADIE DU N.-B. :	

LES SECTIONS 1 ET 2 SONT RÉSERVÉES AUX PRESCRIPTEURS AUTORISÉS : MÉDECIN, INFIRMIÈRE PRATICIENNE, DIÉTÉTISTE
LES SECTIONS 1 ET 2 DOIVENT ÊTRE REMPLIES. ***LES FORMULAIRES INCOMPLETS RETARDERONT LE TRAITEMENT DE LA DEMANDE.***

1) PRESTATION POUR L'ALIMENTATION ENTÉRALE
OBLIGATOIRE
Veuillez expliquer l'état de santé et le diagnostic du patient :

2) PRODUIT RECOMMANDÉ: Tout changement de produit ou de quantité doit être transmis à la pharmacie/fournisseur et approuvé par les Services de santé.		
Produit	**Quantité**	**Durée du Besoin**

3) RENSEIGNEMENTS SUR LE PRESCRIPTEUR AUTORISÉ – TOUS LES CHAMPS SONT OBLIGATOIRES		
NOM/ÉTAMPE DU PRESCRIPTEUR	**RENSEIGNEMENTS SUR LE PRESCRIPTEUR**	
	SIGNATURE :	
	TÉLÉPHONE :	
	TÉLÉCOPIEUR :	
	DATE:	

PRESCRIPTEUR AUTORISÉ : ENVOYER LA DEMANDE REMPLIE À LA PHARMACIE/FOURNISSEUR.
PHARMACIE/FOURNISSEUR: SOUMETTRE LA DEMANDE ET L'ESTIMATION DES COÛTS AUX SERVICES DE SANTÉ.

Mai 2021