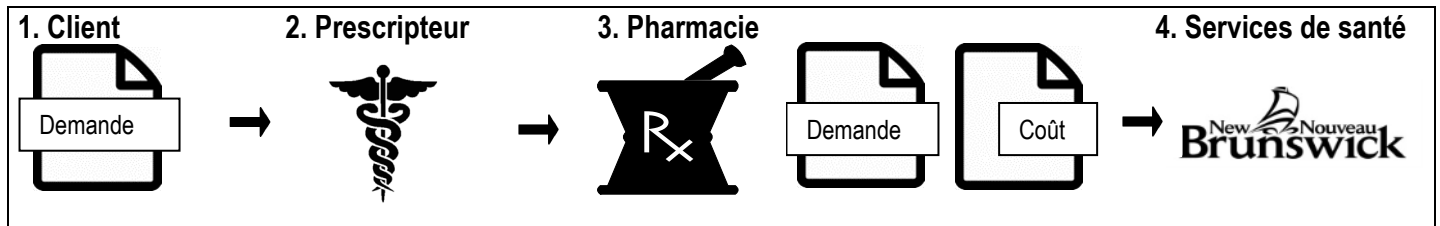


## SERVICES DE SANTÉ

### DEMANDE DE SUPPLÉMENTS ALIMENTAIRES

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 suppléments alimentaires.

**Processus de demande :** 1) Le client soumet la demande; 2) Le prescripteur autorisé remplit la demande; 3) La demande est soumise à la pharmacie; 4) La pharmacie 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 :	
N° DE CARTE D'ASSISTANCE MÉDICALE :	
N° D'ASSURANCE MALADIE DU N.-B. :	

**LES SECTIONS 1, 2 ET 3 SONT RÉSERVÉES AUX PRESCRIPTEURS AUTORISÉS :** MÉDECINS, INFIRMIÈRES PRATICIENNES, DIÉTÉTISTES (ORTHOPHONISTES - PRESCRIRE DES PRODUITS ÉPAISSISSANTS)

**LES SECTIONS 1, 2 ET 3 DOIVENT ÊTRE REMPLIES. LES FORMULAIRES INCOMPLETS RETARDERONT LE TRAITEMENT DE LA DEMANDE.**

1) PRESTATION POUR SUPPLÉMENT ALIMENTAIRE : <i>Vérifier les conditions applicables et justifier le besoin</i>		
OBLIGATOIRE (choisir au moins une condition)		OBLIGATOIRE
<input type="checkbox"/> Trauma physique majeur	Date du traumatisme :	<b>DIAGNOSTIC et EXPLICATION de la raison pour laquelle le patient n'est pas en mesure de consommer de vrais aliments (même en purée) :</b>
<input type="checkbox"/> Période préopératoire	Date de la chirurgie :	
<input type="checkbox"/> Période postopératoire		
<input type="checkbox"/> Perte de poids importante uniquement	IMC actuel ou autre mesure :	
<input type="checkbox"/> Immunosuppression modérée ou grave		
<input type="checkbox"/> Reçoit un traitement de chimiothérapie, de radiothérapie ou d'interféron	Année de traitement :	
<input type="checkbox"/> Syndrome de malabsorption gastro-intestinale		
<input type="checkbox"/> Dégénération neurologique		
<input type="checkbox"/> Aucune justification pour cette prestation du point de vue médical		

2) TRAITEMENT RECOMMANDÉ		
PRODUIT	QUANTITÉ	DURÉE DU BESOIN
<i>Le générique est fourni à moins de présenter une justification médicale pour obtenir le produit de marque.</i>	<i>Nombre de canettes (maximum 4/jour)</i>	<b><u>Une lettre d'explication</u> est requise pour les demandes de plus de 6 mois et <u>tous renouvellements</u>.</b>
		<input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 12 mois (+ lettre) <input type="checkbox"/> 6 mois <input type="checkbox"/> Long terme (+ lettre)

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 PAR LE CLIENT OU PAR TÉLÉCOPIEUR.

**PHARMACIE:** SOUMETTRE LA DEMANDE ET L'ESTIMATION DES COÛTS AUX SERVICES DE SANTÉ.