

DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE POUR LA PRISE EN CHARGE DES COMPLÉMENTS NUTRITIONNELS ORAUX (CNO)

(Accompagnée d'une copie de la prescription médicale)

La prescription de CNO ne doit être envisagée qu'en cas d'échec des mesures nutritionnelles recommandées par le guide PNNS à partir de 55 ans, ou d'emblée chez les personnes âgées présentant une dénutrition sévère.

INDIQUEZ LES COORDONNÉES DU DESTINAIRE DE LA RÉPONSE FAITE PAR LE CONTRÔLE MÉDICAL

Nom Numéro de fax
Adresse e-mail

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ

N° d'assuré
Nom marital
Nom
Prénom(s)
Date de naissance
jour mois année
☐ CAFAT ☐ AIDE MÉDICALE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

Nom marital
Nom
Prénom(s)
Date de naissance
jour mois année
Code Longue Maladie
Médecin référent

STATUT NUTRITIONNEL DU PATIENT A LA DATE DE LA DEMANDE

Poids Kg
IMC
Albuminémie g/l
Perte de poids > 5% en 1 mois :
☐ OUI ☐ NON
Perte de poids > 10% en 6 mois :
☐ OUI ☐ NON

OBSERVATIONS DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Le
jour mois année

OBSERVATIONS DU CONTRÔLE MÉDICAL

☐ AVIS FAVORABLE ☐ REJET

Le
jour mois année

Signature et cachet

Signature et cachet