

DEMANDE DE SUPPLÉMENTS NUTRITIFS ET DE RÉGIMES ALIMENTAIRES THÉRAPEUTIQUES ET JUSTIFICATION DES BESOINS

La présente demande vise à appuyer une personne participant à l'une ou plusieurs des programmes suivants:

- Aide à l'emploi et au revenu Services aux enfants handicapés Services d'intégration communautaire des personnes handicapées

Ce formulaire peut être rempli par un diététiste, un médecin, une infirmière praticienne, un auxiliaire médical, une infirmière ou une infirmière auxiliaire.

Nom de famille du bénéficiaire: Prénom:		Numéro de dossier de l'AER	Numéro de Téléphone:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse:		Code postal:	N°d'identification personnelle (NIP)
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de naissance(aaaa-mm-jj):	Taille: cm	Sexe: <input type="radio"/> H <input type="radio"/> F	
Poids actuel Kg	Poids précédent observé: Kg		Date de la pesée (aaaa-mm-jj):
<input type="text"/>			

SECTION 1 - Régimes alimentaires thérapeutiques standards (adultes seulement)

- Veuillez sélectionner **tous** les diagnostics médicaux pertinents .
- Si plusieurs diagnostics sont cochés, le régime coûtant le plus cher sera fourni, le cas échéant.
- Si un **régime alimentaire thérapeutique ou pédiatrique spécial** est prescrit et n'est pas énuméré ci-dessous, veuillez remplir la section 2.
- Si des **suppléments nutritifs** sont la meilleure réponse aux besoins alimentaires, veuillez remplir la section 3.

<p>État Chronique À revoir dans: mois</p> <p>Besoins nutritionnels plus importants liés aux conditions suivantes:</p> <p><input type="checkbox"/> SLA <input type="checkbox"/> Lupus</p> <p><input type="checkbox"/> Cirrhose (stades 3 & 4) <input type="checkbox"/> Affection maligne</p> <p><input type="checkbox"/> Maladie de Crohn <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques</p> <p><input type="checkbox"/> Brûlures et plaies chroniques <input type="checkbox"/> Stomie</p> <p><input type="checkbox"/> Mucoviscidose <input type="checkbox"/> Insuffisance pancréatique</p> <p><input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Colite ulcéreuse</p> <p><input type="checkbox"/> Hépatite C</p> <p>Régime hyperprotéiné ou hypercalorique À revoir dans: month(s)</p> <p>Parallèlement au diagnostic de l'un des états chroniques indiqués ci-dessus ou à un diagnostic indiqué dans la Section 2, le bénéficiaire a besoin d'un régime hyperprotéiné ou hypercalorique en fonction des critères suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> • montre des signes de perte de poids involontaire et de dépérissement; <input type="radio"/> <input type="radio"/> N <input type="radio"/> <i>La taille et le poids sont requis; tels que demandés ci-dessus</i> • Requiert 100 grammes de protéines ou plus par jour; <input type="radio"/> <input type="radio"/> N <input type="radio"/> <i>Il faut fournir une justification dans la Section 2</i> • a des besoins énergétiques plus importants. <input type="radio"/> <input type="radio"/> N <input type="radio"/> <i>Il faut fournir une justification dans la section 2 (p.ex., la formule de Mifflin-St. Jeor ou l'équation de Harris-Benedict).</i> <p>* Si aucune justification n'est indiquée comme requis ci-dessus, un régime pour État Chronique sera fourni.</p>	<p>Régime pour diabétiques À revoir dans: mois</p> <p><input type="checkbox"/> Adultes (femmes = 1800 cal.; hommes = 2000 cal.)</p> <p><i>Si le besoin en calories est plus important, veuillez remplir la section 2 en fournissant la justification (p.ex., la formule de Mifflin-St. Jeor ou l'équation de Harris-Benedict)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Diabète Gestationnel (2200 calories)</p> <hr/> <p>Régime pour cause de maladie rénale À revoir dans: mois</p> <p><input type="checkbox"/> Prédialyse (DFG<30)</p> <p><input type="checkbox"/> Hémodialyse dialyse peritonéale</p> <hr/> <p>Régime sans gluten À revoir dans: mois</p> <p><input type="checkbox"/> Maladie Coeliaque <input type="radio"/> <input type="radio"/> N <input type="radio"/></p> <p><i>(Confirmée par biopsie ou par détection des anticorps)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Allergie au blé (<i>examens effectués</i>) <input type="radio"/> <input type="radio"/> N <input type="radio"/></p> <hr/> <p>Régime contrôlé en sodium À revoir dans: mois</p> <p><input type="checkbox"/> Hypertension artérielle</p> <p><input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque</p> <p><input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire obstructive chronique</p> <hr/> <p>Régime privilégiant certaines matières grasses ou des matières grasses non saturées et contrôlé en sodium À revoir dans: mois</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau élevé des lipides sériques</p> <p><input type="checkbox"/> Syndrome de l'intestin court</p> <p><input type="checkbox"/> Stéatose hépatique</p>
---	---

SECTION 2 - Régimes alimentaires thérapeutiques et pédiatriques spéciaux

À remplir pour les régimes non inscrits dans la section 1, y compris les demandes de régime non irritants, contrôlés ou faibles en protéines.

Diagnostic / Justification :

Régime médicalement approprié à ce trouble :

À revoir dans: month(s)

SECTION 3 - Suppléments et Produits nutritifs (enfants et adultes)

Si les suppléments nutritifs sont combinés à une demande de régime alimentaire thérapeutique, veuillez fournir la justification ci-dessous. Si l'énergie (les calories) provenant des suppléments nutritifs prescrits correspond à 50% des besoins quotidiens ou dépasse cette limite, l'allocation pour régime alimentaire thérapeutique pourrait être ajustée en conséquence.

Diagnostic / Justification :

Supplément ou produit requis:

Montant: unités par jour Parfum, si disponible:

Le programme de nutrition à domicile du Manitoba (Manitoba Home Nutrition Program) fait-il partie du processus? O N

À revoir dans: mois Adresse de livraison:
(si elle diffère de l'adresse à la page 1)

**Ne doit pas dépasser 12 mois*

Signature du professionnel exerçant une profession de la santé réglementée:

Titre: Date de la demande:

Nom: Téléphone: Télécopieur:

Services à la famille est autorisé à recueillir des renseignements personnels et des renseignements médicaux personnels en vertu de l'alinéa 36(1)b de la **Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée (LAIPVP)** et du paragraphe 13(1) de la **Loi sur les renseignements médicaux personnels (LRMP)** respectivement, car ces renseignements sont indispensables et ont directement trait à l'administration des soutiens admissibles fournis dans le cadre des programmes susmentionnés ainsi qu'à l'acquisition et à la fourniture d'équipement et de matériel médicaux. Nous avons limité les renseignements personnels que nous recueillons à la quantité minimale nécessaire à ces fins. Vos renseignements personnels sont protégés en vertu des dispositions relatives à la protection de la vie privée de la **LAIPVP** et de la **LRMP**. Nous ne pouvons ni utiliser ni divulguer les renseignements vous concernant à d'autres fins, sauf consentement de votre part ou si l'une des deux lois précitées nous y autorise. Si vous avez des questions au sujet de vos renseignements personnels, veuillez communiquer avec le coordonnateur de la LAIPVP au 326, Broadway, bureau 500, Winnipeg (Manitoba) R3C 0S5 (tél. : 204 945-2013).

VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE DE DEMANDE DÛMENT REMPLI PAR VOIE ÉLECTRONIQUE, PAR COURRIEL, PAR TÉLÉCOPIEUR OU PAR LA POSTE À :

Services de soutien aux personnes malades ou handicapées, Services provinciaux, 114, rue Garry, bureau 102, Winnipeg (Manitoba) R3C 1G1

Pour plus de renseignements, communiquez avec nous par téléphone au 204 945-2197 ou au 1 877 587-6224 (sans frais), par télécopieur au 204 945-1436 ou par courriel à disandhealthsupports@gov.mb.ca

*Ces renseignements sont offerts dans d'autres formats sur demande.
This information available in alternate formats upon request.*