

## 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.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ	RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT
N° d'assuré <input style="width: 100px;" type="text"/>	Nom marital <input style="width: 100%;" type="text"/>
Nom marital <input style="width: 100%;" type="text"/>	Nom <input style="width: 100%;" type="text"/>
Nom <input style="width: 100%;" type="text"/>	Prénom(s) <input style="width: 100%;" type="text"/>
Prénom(s) <input style="width: 100%;" type="text"/>	Date de naissance <input style="width: 100px;" type="text"/>
Date de naissance <input style="width: 100px;" type="text"/> <small>jour</small> <input style="width: 100px;" type="text"/> <small>mois</small> <input style="width: 100px;" type="text"/> <small>année</small>	Code Longue Maladie <input style="width: 100px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> CAFAT <input type="checkbox"/> AIDE MÉDICALE	Médecin référent <input style="width: 100%;" type="text"/>

STATUT NUTRITIONNEL DU PATIENT A LA DATE DE LA DEMANDE	
Poids <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> Kg	Perte de poids > 5% en 1 mois : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
IMC <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	Perte de poids > 10% en 6 mois : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Albuminémie <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> g/l	

OBSERVATIONS DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR	OBSERVATIONS DU CONTRÔLE MÉDICAL
<div style="background-color: #cccccc; height: 150px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;"><i>Signature et cachet</i></p> <p>Le <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 80px; margin-top: 10px;"></div>	<p><input type="checkbox"/> AVIS FAVORABLE      <input type="checkbox"/> REJET</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 80px; margin-top: 20px; text-align: center; padding-top: 10px;"><i>Signature et cachet</i></div> <p>Le <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/></p>