

Tube digestif fonctionnel : non

> Produits de Nutrition Parentérale à Domicile de l'adulte

Indication/Type de Mélange	Produits	Volume (ml)	Calories totales (kcal)	Azote (g)	Teneur en protéines(g)	Glucose (g)	Lipide (g)	Ratio G/L	Ratio kcal/N (kcal/g d'azote)	Osmolarité (mOsm/l)	Débit de perfusion maximum ml/kg/h
Patients avec des besoins modérés par Voie Veineuse Centrale*: mélanges ternaires	OliClinomel N4 550E Baxter	1000	610	3,6	22	80	20	60/40	144	750	3
	OliClinomel N4-550E Baxter	1500	910	5,4	33	120	30	60/40	144	750	3
	PeriKabiven 1000 Fresenius Kabi	1440	1000	5,4	34	97	51	46/54	167	750	3,7
	PeriNuTRIflex® Lipide G64/N4,6/E B/Braun	1250	955	5,7	35	80	50	40/60	140	838	2,5
	OliClinomel N4-550E Baxter	2000	1215	7,3	44	160	40	60/40	144	750	3
	PeriKabiven 1400 Fresenius Kabi	1920	1400	7,2	45	130	68	46/54	167	750	3,7
	PeriNuTRIflex® Lipide G64/N4,6/E B/Braun	1875	1435	8,6	63	120	75	40/60	140	838	2,5
	PeriKabiven 1700 Fresenius Kabi	2400	1700	9	57	162	85	46/54	167	750	3,7
	Kabiven 900 Fresenius Kabi	1026	900	5,4	34	100	40	55/45	148	1060	2,6
Patients avec des besoins standards par Voie Veineuse Centrale*: mélanges ternaires	olimel N7E Baxter	1000	1140	7	44	140	40	58/42	137	1360	1,7
	MedNuTRIflex® Lipide ou Omega G120/N5,4/E B/Braun	1250	1265	6,8	48	150	50	55/45	157	1215	2
	Kabiven 1400 Fresenius Kabi	1540	1400	8,1	51	150	60	55/45	148	1060	2,6
	olimel N7E Baxter	1500	1710	10,5	66	210	60	58/42	137	1360	1,7
	Kabiven 1900 Fresenius Kabi	2053	1900	10,8	68	200	80	55/45	148	1060	2,6
	MedNuTRIflex® Lipide ou Omega G120/N5,4/E B/Braun	1875	1900	10,2	72	225	75	55/45	157	1215	2
	olimel N7E Baxter	2000	2270	14	88	280	80	58/42	137	1360	2,6

Indication/Type de Mélange	Produits	Volume (ml)	Calories totales (kcal)	Azote (g)	Teneur en protéines(g)	Glucose (g)	Lipide (g)	Ratio G/L	Ratio kcal/N (kcal/g d'azote)	Osmolarité (mOsm/l)	Débit de perfusion maximum ml/kg/h
Patients Hypercataboliques par Voie Veineuse Centrale*: mélanges ternaires	SmofKabiven 550 E Fresenius Kabi	493	550	4	25	63	19 (ω3 ++)	58/42	112,5	1500	2
	ReaNuTRIflex® Omega G144/N8/E B/Braun	625	740	5	36	90	25(ω3 ++)	60/40	120	2090	1,7
	olimel N9E Baxter	1000	1070	9	57	110	40	52/48	93	1310	1,8
	SmofKabiven 1100 E Fresenius Kabi	986	1100	8	50	125	38 (ω3 ++)	58/42	112,5	1500	2
	ReaNuTRIflex® Lipide ou Omega G144/N8/E B/Braun	1250	1475	10	72	180	50 (ω3 ++)	60/40	120	2090	1,7
	SmofKabiven 1600 E Fresenius Kabi	1477	1600	12	75	187	56 (ω3 ++)	58/42	112,5	1500	2
	ReaNuTRIflex® Lipide ou Omega G144/N8/E B/Braun	1875	2215	15	108	270	75 (ω3 ++)	60/40	112,5	2090	1,7
	SmofKabiven 2200 E Fresenius Kabi	1970	2200	16	100	250	75 (ω3 ++)	58/42	112,5	1500	2
	Mélanges Binaires (Glucose/Acides Aminés) par Voie Veineuse Centrale*	Clinimix N9 G15 E Baxter	1000	410	4,6	27,5	75	-	-	-	845
Clinimix N12 G20 E Baxter		1000	540	5,8	35	100	-	-	-	1060	1,7
Clinimix N9 G15 E Baxter		1500	615	6,8	41,25	112,5	-	-	-	845	1,7
Aminomix 500 E Fresenius Kabi		1000	680	8	50,4	120	-	-	-	1335	2
Clinimix N12 G20 E Baxter		1500	810	8,7	52,5	150	-	-	-	1060	1,7
Aminomix 800 E Fresenius Kabi		1000	1000	8	50,4	200	-	-	-	1779	1,25
Clinimix N12 G20 E Baxter		2000	1080	11,6	70	200	-	-	-	1060	1,7
Aminomix 500 E Fresenius Kabi		1500	1020	12	75,6	180	-	-	-	1335	2
Aminomix 800 E Fresenius Kabi		1500	1500	12	75,6	300	-	-	-	1779	1,25
Aminomix 800 E Fresenius Kabi		2000	2000	16	100,8	400	-	-	-	1779	1,25

Modalités de prescription de NPAD: arrêté du 16 Juin 2014 (Publication JORF du 18 Juin 2014)

La NPAD doit débuter dans un établissement de santé

Elle doit être administrée par voie veineuse centrale à l'aide d'une pompe programmable avec alarme. À domicile, il n'y a pas d'indication de NP par voie veineuse périphérique

Elle doit être prescrite initialement pour 14j par un médecin hospitalier ou privé pour l'adulte et par un centre agréé ou expert, pour l'enfant <16 ans

Si la NPAD est prolongée au delà de 12 semaines, elle doit être suivie par un centre agréé ou expert

Si la NPAD est d'emblée supérieure à 12 sem, la prescription initiale doit être faite par un centre agréé ou expert

L'arrêté a donné lieu à l'inscription à la LPP de 7 forfaits pour la prise en charge :

1130354: Forfait de première installation

1141487: NP 6 ou 7J/7, pompe, prestation hebdomadaire, durant 12 semaines

1100850: NP 6 ou 7J/7, pompe, prestation hebdomadaire, après 12 semaines

1185680: NP 6 ou 7J/7, forfait hebdomadaire consommables et accessoires

1192510: NP ≤ 5J/7+NE, pompe, prestation hebdomadaire, durant 12 semaines

115563: NP ≤ 5J/7+NE, pompe, prestation hebdomadaire, après 12 semaines

1145410: NP ≤ 5J/7, forfait hebdomadaire consommables et accessoires

*Toutes les poches disponibles en ville contiennent des électrolytes.

Résumé des Caractéristiques des Produits OliClinomel N4 550, Olimel N7E, Olimel N9E, PeriKabiven, Kabiven, SmofKabiven, NuTRIflex® Lipide, NuTRIflex® Omega sur le site de l'ANSM (<http://www.ansm.sante.fr>)

Juillet 2014

arard
ENGAGÉE POUR LA SANTÉ À DOMICILE

Nutrition artificielle
à domicile

04 42 84 87 00

www.arard.asso.fr

Dépistage de la dénutrition

Dénutrition modérée E 44	Dénutrition sévère E 43
■ Perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ■ Perte de poids ≥ 10 % en 6 mois	■ Perte de poids ≥ 10 % en 1 mois ■ Perte de poids ≥ 15 % en 6 mois
■ IMC ≤ 18,5 kg/m ² (patient <70 ans) ■ IMC ≤ 21 kg/m ² (patient ≥ 70 ans)	■ IMC ≤ 16 kg/m ² (patient <70 ans) ■ IMC ≤ 18 kg/m ² (patient ≥ 70 ans)
■ Albuminémie < 30 g/l (patient <70 ans) ■ Albuminémie < 35 g/l (patient ≥70 ans) ■ MNA ≤ 17 (/30) (patient ≥70 ans)	■ Albuminémie* < 20 g/l (patient <70 ans) ■ Albuminémie* < 30 g/l (patient ≥70 ans)

ANAES - Évaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés - Septembre 2003

Indication de la Nutrition Artificielle à Domicile

- Patients dont l'alimentation orale est impossible ou insuffisante
- Patients présentant une dénutrition importante quelle qu'en soit la cause
- Patients présentant une agression chronique responsable d'une augmentation des besoins nutritionnels
- Patients présentant une insuffisance intestinale chronique

Les Besoins Nutritionnels en Pratique

- Besoins Energétiques: 20 à 35 kcal/kg/j (en fonction du sexe, de l'état nutritionnel et de l'agression)
- Besoins en Protéines: 1 à 2 g/kg/j (en fonction du sexe, de l'état nutritionnel et de l'agression)
- Besoins Hydriques: 30-40 ml/kg/j adaptés selon les apports spontanés, les pertes et la pathologie
- Oligo-éléments et vitamines
- Électrolytes adaptés selon les pertes et bilans biologiques sanguin et urinaire

Guide de bonne pratique de Nutrition Artificielle A Domicile – SFNEP 2014

Tube digestif fonctionnel : oui ➤ Produits de Nutrition Entérale

Indication/Propriété Formule	Produits	Laboratoires	kcal/1000ml	Protéines g/1000ml	Volume (ml)
Besoins énergétiques réduits : formules hypoénergétiques	Nutrison Low Energy Multifibre	Nutricia	780	30	1000
	Nutrison Pre	Nutricia	500	20	1000
	Real Diet Low Energy	Lactalis	750	28.1	1000
Besoins énergétiques normaux : formules isoénergétiques	Nutrison 1.0	Nutricia	1000	40	500/1000/1500
	Nutrison Multi Fibre	Nutricia	1030	40	500/1000/1500
	Fresubin Original	Fresenius Kabi	1000	38	500/1000/1500
	Fresubin Original Fibre	Fresenius Kabi	1000	38	500/1000
	Fresubin 1500 complete	Fresenius Kabi	1000	38	1500
	Sondalis Standard	Nestlé	1000	39	500/1000
	Sondalis Standard Fibre	Nestlé	1030	39	500/1000
	Realdiet Standart	Lactalis	1000	37.5	500/1000
	Realdiet Standard Fibre	Lactalis	1030	38	500/1000
	Nutrison Energy	Nutricia	1500	60	500/1000/1500
	Nutrison Energy Multi Fibre	Nutricia	1530	60	500/1000/1500
	Fresubin Energy	Fresenius Kabi	1500	56	500/1000
Besoins énergétiques accrus, volume restreint : formules hyperénergétiques normoprotidiques	Fresubin Energy Fibre	Fresenius Kabi	1500	56	500/1000
	Sondalis Energy	Nestlé	1570	61	500/1000
	Sondalis Energy Fibre	Nestlé	1600	61	500/1000
	Realdiet HC	Lactalis	1500	56	500/1000
	Realdiet HC Fibre	Lactalis	1530	56	500/1000



Indication/Propriété Formule	Produits	Laboratoires	Kcal/1000ml	Protéines g/1000ml	Volume (ml)
Besoins protidiques accrus, hypercatabolisme : formules hyperénergétiques, hyperprotidiques	Nutrison Protéin Plus Energy	Nutricia	1500	75	500/1000
	Nutrison Protein Plus Multifibre	Nutricia	1280	63	500/1000
	Fresubin Megaréal (oméga 3)	Fresenius Kabi	1400	69	500/1000
	Fresubin Mégaréal Fibre	Fresenius kabi	1400	69	500/1000
	Fresubin HP Energy	FreseniusKabi	1500	75	500/1000
	Fresubin HP Energy Fibre	Fresenius Kabi	1500	75	500/1000
	Sondalis HP Energy	Nestlé	1500	75	500/1000
	Sondalis HP Energy Fibre	Nestlé	1330	67	500/1000
	Réal Diet HP/HC	Lactalis	1400	70	500/1000
	Real Diet HP Fibre	Lactalis	1330	65	500/1000
Besoins spécifiques, malabsorption : formules nutritives semi élémentaires	Peptamen	Nestlé	1000	40	500
	Peptamen HN	Nestlé	1330	66	500
	Modulen IBD	Nestlé	1000	36	Boite de 400 g
Besoins spécifiques, troubles glycémiques : formules spécifiques	Fresubin DB control	Fresenius Kabi	1050	45	500
	Sondalis G	Nestlé	1030	46	500/1000
Besoins spécifiques, diarrhées : formules spécifiques	Fresubin GI control	Fresenius Kabi	1060	41	500
	Sondalis T	Nestlé	1120	41	500/1000
	Sondalis T Energy	Nestlé	1550	60	500/1000
Besoins spécifiques, immunonutrition : formule immunomodulatrice	Impact Enteral	Nestlé	1010	56	500

Modalités de prescription de NEAD: arrêté du 9/11/2009 et 19/2/2010 :

La prescription initiale doit être faite par un médecin hospitalier ou privé pour l'adulte, un pédiatre ou un anesthésiste pour l'enfant de <16 ans pour une période de 14 j

Le premier renouvellement est prescrit pour une durée maximale de 3 mois par le prescripteur initial

Les renouvellements ultérieurs ont lieu tous les 3 mois la première année et effectués par le médecin

Après la première année, les renouvellements sont faits annuellement soit par le prescripteur initial soit par un autre médecin d'un établissement de soins

L'arrêté a donné lieu à l'inscription à la LPP de 3 forfaits pour la prise en charge :

- 1153480: forfait de première installation
- 1111902: forfait hebdomadaire de NEAD sans pompe, matériel et prestation
- 1176876: forfait hebdomadaire de NEAD avec pompe, matériel et prestation

S'ajoutent à ces forfaits les codes pour la délivrance des nutriments, sondes naso-gastriques, sondes de gastrostomie ou jéjunostomie, boutons de gastrostomie

Toute l'assistance médico-technique pour une prise en charge globale à domicile.

Une équipe pluridisciplinaire à votre écoute avec des compétences certifiées :

- Assistance Respiratoire
- Perfusion
- Nutrition Artificielle
- Insulinothérapie
- Maintien à domicile

Présence de l'arard

- Région PACA
- Région Corse

04 42 84 87 00

ENGAGÉE POUR LA SANTÉ À DOMICILE