

## MODULO DI PRESCRIZIONE PER NUTRIZIONE ARTIFICIALE ENTERALE

***La compilazione di tutti i campi è obbligatoria***

A.O. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

U.O. \_\_\_\_\_

Prima prescrizione

Rinnovo

Variazione

Il Sig./La Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in

via \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

Medico di assistenza primaria \_\_\_\_\_

***E' affetto da \_\_\_\_\_***

***comportante grave compromissione metabolica o nutrizionale per cui sia impossibile una soddisfacente nutrizione spontanea per via orale (secondo la DGR 06.08.1992 n.V/577)***

- Parametri clinici rilevati***

Peso \_\_\_\_\_ Altezza \_\_\_\_\_ BMI (PESO/ALTEZZA<sup>2</sup>) \_\_\_\_\_

Circonferenza braccio/polpaccio (in caso di impossibilità di rilevare altri parametri antropometrici) \_\_\_\_\_

- Esito degli ultimi esami ematici effettuati in data \_\_\_\_\_***

	U.M.	VALORE		U.M.	VALORE
Albumina			Azotemia		
Creatininemia			Glicemia		
Linfociti			Transferrina		

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Si prescrive il seguente trattamento:

TIPO DI DIETA	PRODOTTO	QUANTITA'
DIETA NORMOCALORICA	NUTRISON 500 ML	conf./die
DIETA NORMOCAL CON FIBRA	ISOSOURCE FIBRA 500 ML	conf./die
DIETA IPERCALORICA	NUTRISON ENERGY 500 ML	conf./die
DIETA IPERCALORICA CON FIBRA	NUTRISON ENERGY MF 500 ML	conf./die
DIETA IPERPROTEICA	ISOSOURCE PROTEIN 500 ML	conf./die
DIETA PER DIABETICI	NUTRISON ADV DIASON 500 ML	conf./die
DIETA PER NEFROPATICI	NEPRO LP 220 ML	conf/die
	RENILON 7.5 125 ML	conf/die
DIETA PAZIENTE IPERCATABOLICO	PERATIVE 500 ML	conf/die
DIETE PEDIATRICHE	NUTRINI 500 ML	conf./die
	NUTRINI ENERGY 500 ML	conf./die
	NUTRINIMAX 500 ML	conf./die
	INFATRINI 100 ML	conf./die
	NUTRINI PEPTISORB 500 ML	conf./die

La somministrazione avverrà attraverso:  SNG (CH/FR \_\_\_\_\_)  PEG  ALTRO \_\_\_\_\_

E mediante  POMPA NUTRIZIONALE

SOMMINISTRAZIONE PER GRAVITA'

#### PARTE RISERVATA ALLA PRESCRIZIONE DI PRODOTTI PER DISFAGIA

**Il paziente è affetto da disfagia e non è in grado di idratarsi/alimentarsi spontaneamente senza l'impiego di addensanti artificiali. Si prescrive il seguente trattamento:**

PRODOTTO	QUANTITA'
ADDENSANTE GEL M 300 G (n. max confezioni/mese.: cinque, pari a 1.5Kg)	conf./mese
ACQUA GEL TONUS LINE 125 G (solo a pazienti con disfagia di età non superiore ad anni 65)	conf./die

#### PARTE RISERVATA ALLA PRESCRIZIONE DI TERAPIA NUTRIZIONALE PER VIA ORALE

**Il paziente è in grado di assumere alimenti per os. Il fabbisogno calorico stimato (20-30 Kcal/Kg/die) viene tuttavia soddisfatto con l'alimentazione spontanea per una percentuale inferiore o uguale al 50%. Tale condizione richiede necessariamente l'assunzione di dieta artificiale che coprirà almeno la metà delle calorie giornaliere necessarie residue. Si prescrive il seguente trattamento:**

PRODOTTO	QUANTITA'	
ALIMENTAZIONI/INTEGRAZIONI ORALI LIQUIDE/SEMISOLIDE	NUTRIDRINK 200 ML	conf./die
	RESOURCE FRUIT 200 ML	conf./die
	RESOURCE ENERGY 200 ML	conf./die
	PROSURE 220 ML	conf./die
	NEPRO LP 220 ML	conf./die
	RENILON 7.5 125 ML	conf./die
	DIASIP 200 ML	conf./die
	CUBITAN 200 ML	conf./die
	MALTODEX UP 500 G	conf./mese
	PROTINUT 500 G	conf./mese
	MERITENE PROTEIN 250 G	conf./mese
	ALICALM 400 G	conf./mese
	INFATRINI 100 ML	conf/die

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Tale terapia è insostituibile per la sopravvivenza e il corretto trattamento terapeutico del paziente, è sostitutiva di ospedalizzazione a lungo termine e di nutrizione artificiale condotta in Ospedale.

- **LA DURATA MASSIMA DELLA TERAPIA E' LIMITATA A MESI DODICI. LA TERAPIA CON INTEGRAZIONI PER OS E ADDENSANTI E' LIMITATA A MESI TRE.**
- **IL RICORSO A TERAPIE ALTERNATIVE A QUELLE SOPRA ELENATE DOVRA' ESSERE MOTIVATA PER ISCRITTO AL DISTRETTO DI RESIDENZA DELL'ASSISTITO**

Si informa inoltre che il paziente/ i parenti sono stati adeguatamente istruiti alla nutrizione artificiale domiciliare secondo la normativa vigente (*DGR 06.08.1992 n.V/577*)

Data prevista di inizio della terapia \_\_\_\_\_

EVENTUALI NOTE DEL PRESCRITTORE

---

---

---

Il Medico Specialista Prescrittore  
(timbro e firma)

---

**PARTE RISERVATA AL DIRETTORE DEL DISTRETTO**

N. Protocollo Interno \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Ai sensi della DGR n. V/577 del 06/08/1992 si autorizza la prescrizione.

Autorizzazione valida dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Il Direttore del Distretto  
(timbro e firma)