

**MODULO DI PRESCRIZIONE PER NUTRIZIONE ARTIFICIALE ENTERALE*****La compilazione di tutti i campi è obbligatoria***

ASST _____

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/ALTEZZA²) _____

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

• Valutati 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	FRESUBIN ORIGINAL FIBRE 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 PZ. INTOLLERANTI ALLE PROTEINE DEL LATTE VACCINO O AL LATTOSIO	NUTRISON SOYA 1000 ML.	conf./die
DIETA PER NEFROPATICI	RENILON 4.0 125 ML	conf/die
	RENILON 7.5 125 ML	conf/die
DIETA PAZIENTE IPERCATABOLICO	IMPACT ENTERAL 500 ML	conf/die
DIETE PEDIATRICHE	NUTRINI pack ml..500 normocalorica (1-6 aa) sonda	conf./die
	INFATRINI 125 ml. (fino a 9 kg di peso) os e sonda	conf./die
	FORTINI MF 200 ml. ipercalorica con fibre solub.e insolubili (> 1 anno) os	conf./die
	NUTRINIMAX 500 ml. normocalorica (7-12 aa) sonda	conf/die
	PEPTAMEN JUNIOR 500 ml. semi-elementare (> 1 anno) sonda	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'
RESOURCE THIKENUP 227 G (n. max confezioni/mese.: quattro)	conf./mese
ACQUA GEL EDULCORATA TONUS LINE 125 G (q. die/mese valutata in base alle difficoltà disfagiche riscontrate clinicamente)	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:

	TIPO DI INTEGRATORE	PRODOTTO	QUANTITA'
ALIMENTAZIONI/INTEGRAZIONI ORALI LIQUIDE/SEMISOLIDE	Ipercalorico, - iperproteico 1,5 kcal/ml	ENSURE PLUS DRINK 200 ML	conf./die
	Ipercalorico, normoproteico privo di lipidi, 1,25 kcal/ml	RESOURCE FRUIT 200 ML	conf./die
	Iperproteico 18,8gr/200ml 1,25 kcal/ml	MERITENE DRINK	conf /die
	Ipercalorico, iperproteico (con EPA) 1,6 kcal/ml, per pazienti neoplastici	FORTICARE 125 ML	conf./die
	Ipercalorico, ridotto apporto proteico, ridotto tenore di minerali e fosforo, 2 kcal/ml	RENILON 4.0 125 ML	conf./die
	Ipercalorico, ridotto tenore di minerali e fosforo, per paziente dializzato, 2 kcal/ml	RENILON 7.5 125 ML	conf./die

Normocalorico, iperproteico per diabetici, 1 kcal/ml	DIASIP 200 ML	conf./die	
Ipercalorico, iperproteico, arricchito ,per pazienti con ulcere da pressione	RESOURCE REPAIR 200 ML	conf./die	
In polvere, orale e per sonda, con arginina e glutamina per pazienti con lesioni da pressione e grave perdita massa magra, 74 kcal/busta	ABOUND 30 buste gusto arancia	buste/die	
Integratore di proteine (siero del latte). Un misurino da 5 g = 4,5 g di proteine	RESOURCE INSTANT PROTEIN gr.400	conf./mese	
TIPO DI INTEGRATORE	PRODOTTO	QUANTITA'	
Proteica e calorica in polvere: 30 g in 200 ml di latte scremato: 1 kcal/ml, 16 g di proteine	MERITENE gr.270	conf./mese	
Polvere per alimentazione completa e integrazione. Per bambini > 5 aa con morbo di Crohn.	MODULEN gr.400	conf./mese	
Ipercalorico e iperproteico cremoso per pazienti disfagici, Kcal 200 (senza lattosio)	CREME LINE gr.125	conf/die	

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 SEI.**
- **LA TERAPIA CON INTEGRAZIONI PER OS E ADDENSANTI E' LIMITATA A MESI TRE.**
- **IL RICORSO A TERAPIE ALTERNATIVE A QUELLE SOPRA ELENCAE 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 DELL'AREA DISTRETTUALE

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)