

**MODELLO DI PRESCRIZIONE PER NUTRIZIONE PARENTERALE**

ASST/IRCCS \_\_\_\_\_ U.O \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

Per il Sig./La Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ cod. fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

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

Affetto da \_\_\_\_\_ si prescrive:

SACCA STANDARD	accesso	Frequenza di somm.ne	Durata di somm.ne in ore
Clinimix N12G20E 2000ml (Kcal. n.p.800) 2 comp	C		
Clinimix N14G30E 2000ml (Kcal. n.p.1200) 2comp	C		
Olimel N4-550E 2000ml (Kcal. n.p.1200) 3comp	P/C		
Kabiven ml 2053 (Kcal. n.p. 1600) 3comp	C		
Smofkabiven ml 1970 (Kcal. n.p. 1800) 3 comp	C		
Olimel N7 ml.1500 (Kcal. n.p. 1300) 3 comp	C		
Olimel N7 ml.1000 (Kcal. n.p. 900) 3 comp	C		
Altra sacca nutrizionale:			
<b>Si richiede aggiunta alla sacca prescritta di :</b>	<b>Frequenza di somm.ne</b>		
Vitamine ( Cernevit )			
Oligoelementi (Addamel/Olitrace)			

P (periferica). C (centrale) , 2 comp (sacca senza lipidi), 3 comp (sacca con lipidi)

La somministrazione è tramite:  pompa (deflussore dedicato)  a caduta (con regolatore)

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 regime di ricovero (DGR V/577 del 06 agosto 1992).

Data prevista di dimissione \_\_\_\_\_ data prevista del trattamento \_\_\_\_\_

La presente prescrizione ha validità tre mesi. Allo scadere deve essere rinnovata, previa rivalutazione del clinico.

La prescrizione deve essere inviata all'area distrettuale di residenza del Paziente

Il Medico Specialista Prescrittore

PARTE RISERVATA ALL'AREA DISTRETTUALE

N° Protocollo Interno \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Ai sensi della DGR del 06/08/1992 si autorizza la prescrizione

Timbro e firma del Medico