

MODULO DI PRESCRIZIONE PER NUTRIZIONE PARENTERALE TOTALE

A.O. _____ U.O. _____

Data _____

Il Sig./La Sig.ra _____ nato/a a _____

il _____ Codice fiscale _____ e residente a _____ in

via _____ tel. _____ MAP Dr. _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

E' affetto da _____ e

nessita di nutrizione parenterale domiciliare attraverso:

CVC _____ (da compilare se cvc totalmente impiantato)

Ago di Huber n° _____/mese Calibro _____ Materiale per medicazione per cvc

La somministrazione è prevista:

a caduta (deflussore con regolatore) con pompa (deflussore dedicato)

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 (DGR V/577 del 06 agosto 1992).
Lo schema terapeutico giornaliero, da somministrarsi in _____ ore, è il seguente:

SACCA STANDARD		FREQUENZA DI SOMMINISTRAZIONE
CLINIMIX N12 G20E 2000 ML		
CLINIMIX N12 G20 2000 ML		
CLINIMIX N14 G30E 2000 ML		
OLICLINOMEL N4 550E 2000 ML/OLIMEL N4 E 2000ML		
OLIMEL N5E 2000 ML		
OLIMEL N7E 2000 ML		
KABIVEN 1026 ML		
SI RICHIEDE AGGIUNTA ALLA SACCA PRESCRITTA DI:		FREQUENZA DI SOMMINISTRAZIONE
LIPIDI (EMULSIONE LIPIDICA 20% 250 ML)		
VITAMINE (CERNEVIT)		
OLIGOELEMENTI (ADDAMEL)		

Data prevista di dimissione _____

La presente prescrizione verrà destinata al Distretto Socio Sanitario di residenza dell'assistito

Il Medico Specialista
(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.

Il Direttore del Distretto
(Timbro e firma)