

**RICHIESTA DI AVVIO AL TRATTAMENTO DI
NUTRIZIONE ENTERALE DOMICILIARE (NED)
(deliberazione Consiglio Regionale del 6.8.92 n.V/577)**

<i>Al distretto di residenza del paziente:</i>		
Distretto	FAX	TEL:
Carate Brianza	0362/826407	0362/826418
Desio	0362/483276	0362/483220
Monza	039/2384475	039/2384461
Seregno	0362/483531	0362/483503
Vimercate	039/6288000	039/6288055

Si richiede

per la/il sig.ra/sig.
 nat. a il...../...../..... Sesso F M
 CF..... o Tessera Sanitaria.....
 residente a Via.....n
 domicilio (se diverso dalla residenza)
 presso RSA SI NO
 Tel. Cell.....
 Familiare di riferimento Tel.....
 Patologia.....
 Disfagia SI NO
 Patologie associate.....
 Presenza di decubiti SI NO estensione

Dati antropometrici:

Peso abituale _____ Peso attuale _____ Altezza _____

Ricoverato presso reparto
 dell'ospedale.....
 Medico referente.....Tel.....

***L'avvio del trattamento di nutrizione artificiale domiciliare in quanto terapia
insostituibile per la sopravvivenza e sostitutiva di ospedalizzazione a lungo termine***

a partire da (data di presunta dimissione) durata prevista
 1 mese
 3 mesi
 6 mesi (durata max)

Questa Unità Ospedaliera, ai sensi della deliberazione regionale già richiamata, provvederà ad istruire la/il paziente o un suo familiare o persona da lei/lui indicata che lo possa assistere a domicilio, conservando nei confronti della/del paziente attività di indirizzo, coordinamento e verifica dell'andamento terapeutico della nutrizione artificiale domiciliare.

Redatto da:	Verificato ed approvato da:	Data prima applicazione
Servizio Assistenza Farmaceutica	Commissione interaziendale NAD	01/01/2012

**RICHIESTA DI AVVIO AL TRATTAMENTO DI
NUTRIZIONE ENTERALE DOMICILIARE (NED)
(deliberazione Consiglio Regionale del 6.8.92 n.V/577)**

Prescrizione Nutrizione Enterale

Nuova prescrizione

Rinnovo per il paziente

Nome e cognome

C.F. o tess. sanitaria

Somministrazione: sondino naso-gastrico CH..... sondino naso-digiunale CH..... PEG
digiunostomia altro

con pompa senza pompa

Fabbisogno calorico..... Stima dell'apporto attuale con gli alimenti.....

Il paziente non è in grado di recarsi autonomamente presso l'ambulatorio ospedaliero

Dieta	quantità (ml/die)	Dieta speciale	quantità (ml/die)
normocalorica	_____	per diabetici	_____
normocalorica con fibre	_____	per immunocompromessi	_____
normocalorica con fibre solubili	_____	per nefropatici	_____
iper calorica con fibre	_____	iper calorica per pz. Pediatrici (1-6 anni)	_____
iper calorica	_____	dieta semielementare	_____
iperproteica	_____	speciale per malattia di Crohn	_____
normocalorica per uso pediatrico	_____	per insufficienza respiratoria	_____

Prodotto commerciale consigliato:

Data/...../..... fino al/...../.....

Il medico prescrittore

(Timbro e firma)

**SPAZIO RISERVATO all'AUTORIZZAZIONE del DISTRETTO di
RESIDENZA del PAZIENTE**

Carate Brianza	Desio	Monza	Seregno	Vimercate
PRODOTTO/I AUTORIZZATO/I: _____				N° flac.mensili _____
DISPOSITIVI MEDICI: Sacca e deflussore Schizzettone Pompa peristaltica SNG				
Modifiche ed annotazioni: _____				
Data _____ Il medico del distretto _____ (Timbro e firma)				

Redatto da: Servizio Assistenza Farmaceutica	Verificato ed approvato da: Commissione interaziendale NAD	Data prima applicazione 01/01/2012
---	---	---------------------------------------