

 <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza <i>Team Nutrizionale Aziendale</i>	<b>MODULO PRESCRIZIONE NUTRIZIONE ARTIFICIALE a DOMICILIO e in STRUTTURA</b>	Modulo NAD
		Versione 2
		del 01/06/22
		Pag. 1/2

Da far pervenire 4 gg prima della dimissione ospedaliera/

**AMBULATORIO TEAM NUTRIZIONALE**

FAX 0523-302182

TEL 0523.302180

**MODULO NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE (NAD)**

NUOVA ATTIVAZIONE     VARIAZIONE

TIPOLOGIA: PARENTERALE     ENTERALE     MISTA

ACCESSO: SNG     PEG     DIGIUNOSTOMIA     CVC     PICC     MIDLINE     ALTRO     Pz trasportabile\*  si  no

Allegare al presente modulo la SCHEDA DI  
POSIZIONAMENTO DELL'ACCESSO

Data compilazione.....

Data dimissione.....

ATTIVAZIONE DAL .....AL.....

COGNOME E NOME ..... DATA DI NASCITA..... CODICE FISCALE..... PESO .....ALTEZZA.....PERSONA DI RIFERIMENTO e TEL. .... INDIRIZZO DI RESIDENZA..... INDIRIZZO DI CONSEGNA(solo se diverso)..... REPARTO/MMG/ CLINICA –CRA .....n°FAX (obbligatorio)..... NOMINATIVO E NUMERO DI TELEFONO DEL MEDICO REFERENTE DEL CASO..... DIAGNOSI (che ha richiesto NAD/integratori)..... CONTROINDICAZIONI A N. Enterale..... Attivazione ADI/ADP <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <b>Consenso informato alla NAD</b> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no ( <u>allegare</u> ) <b>*L'attivazione domiciliare di Nutrizione artificiale presuppone la presenza di un care-giver idoneo alla gestione :</b> <b>Nominativo care giver..... tel.....</b>
---

STIPSI     DIARREA

**ALTRE PATOLOGIE:**.....  
.....

**ESAMI** : Diuresi ml/die..... Creatinina: ..... Glicemia..... Sodio..... Potassio..... Cloro.....  
Fosforo..... Hb:..... Bilirubina tot:..... GOT:..... GPT:..... Trigliceridi:..... colesterolo tot:.....  
Albumina:..... Proteine tot:.....

**TERAPIA IN ATTO:** .....  
.....

altro: (es allergie, intolleranze) .....

Firma (medico prescrittore)

N° tel medico.....

\* per paziente non trasportabile si intende paziente instabile o ventilato

**MODULO B (prodotto)**

 ORE DI UTILIZZO/DIE    8     8-16     >16 
**PRESCRIZIONE GIORNALIERA NUTRIENTI** (da compilare da parte del medico richiedente)

Vedi allegati: elenco prodotti disponibili Enterale-Parenterale

PRODOTTO	QUANTITA'/DIE	VELOCITA'/ORA	VALIDAZIONE da parte del team nutrizionale
<b>NUOVA PRESCRIZIONE DEL TEAM NUTRIZIONALE</b>			

**MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE :**    POMPA O    PIANTANA O    KIT MEDICAZIONE O  
 DEFLUSSORE CADUTA O    SACCA DEFL. O    DEFLUSSORE POMPA O

**NB: Esami consigliati (dopo 30 gg dall'inizio della terapia):** sodiemia, potassemia, cloremia, calcemia, fosforemia, magnesemia, emocromo con formula, colesterolemia, trigliceridemia, urea, creatininemia, ferritinemia, transferrinemia, albumina, glicemia, GOT, GPT, GGT, ALP, bilirubina tot.

Per la **N. Parenterale** si consigliano esami bioumorali con elettroliti sierici, glicemia, urea, creatininemia, funzione epatica 1 volta alla settimana per il 1° mese, poi 1 volta al mese con i restanti esami scritti nella nota.

I **successivi controlli bioumorali** saranno consigliati in base a programma di follow-up dell'ambulatorio TN o a discrezione del medico che ha in cura il paziente, ogni qualvolta vi sia una variazione del quadro clinico.

Altro:.....

MEDICO PRESCRITTORE (timbro e firma) .....

VALIDAZIONE TEAM (timbro e firma) .....

AUTORIZZAZIONE FARMACISTA..... IN FASCIA    A    B    C    H

<b>NB: IL PRESENTE MODULO COMPILATO ED AUTORIZZATO DAL TEAM NUTRIZIONALE, DEVE ESSERE CONSEGNATO AL PAZIENTE-FAMILIARI, COME DA PROCEDURA AZIENDALE, AL MOMENTO DELLA DIMISSIONE</b>
--