Da far pervenire 4 gg prima della dimissione ospedaliera/

**AMBULATORIO TEAM NUTRIZIONALE**

FAX 0523-302182

TEL 0523.302180

**MODULO NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE (NAD) a((da** O **NUOVA ATTIVAZIONE** O  **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  **si no Consenso informato alla NAD si no (allegare)**

**\*L’attivazione domiciliare di Nutrizione artificiale presuppone la presenza di un care-giver idoneo alla gestione :**

**Nominativo care giver…………………………………………………………………….. tel……………………………….**

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………………………………

# 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 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| NUOVA PRESCRIZIONE DEL TEAM NUTRIZIONALE | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**MODALITA’ DI SOMMINISTRAZIONE :** POMPA О PIANTANA О KIT MEDICAZIONE О

DEFLUSSORE CADUTA О SACCA DEFL. О DEFLUSSORE POMPA О

***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

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