

## **UOSD GOVERNO DELLA NUTRIZIONE ARTIFICIALE IN AMBITO OSPEDALIERO E TERRITORIALE**

Dipartimento Cure Primarie

### **RICHIESTA DI VALUTAZIONE PER MALNUTRIZIONE/NUTRIZIONE ARTIFICIALE**

Data .....

- VISITA CON MEDICO SPECIALISTA                       AMBULATORIALE  
 DOMICILIARE (solo per Nutrizione Artificiale)
- VISITA CON DIETISTA (solo ambulatoriale: possibile anche colloquio con i familiari)

#### **PAZIENTE: Dati anagrafici e contatti**

Cognome ..... Nome .....

Data di nascita ..... CF .....

Indirizzo di residenza ..... Provincia .....

Indirizzo di domicilio ..... Provincia .....

**Distretto**  Piacenza     Levante     Ponente

**CONTATTI:** tel 1 ..... tel 2 .....

#### **CARE-GIVER DI RIFERIMENTO:**

cognome nome..... tel .....

#### **AMMINISTRATORE di sostegno/tutore:**

cognome nome..... tel .....

**ADI/ADP**    SI     NO

#### **MOTIVO/I DELLA RICHIESTA DI VALUTAZIONE O DELLA NUTRIZIONE ARTIFICIALE**

- Malnutrizione o rischio elevato di malnutrizione
- Disfagia severa o in aggravamento
- Iporessia-anoressia-rifiuto ad alimentarsi (non disturbi del comportamento alimentare)
- Sintomi gastro-intestinali (diarrea, nausea, vomito) o mucosite
- Insufficienza intestinale acuta o cronica (crohn/rcu fase attiva, ischemia intestinale, esiti di radioterapia/chemioterapia, intestino corto)
- Nutrizione artificiale con complicanze o necessità di rivalutazione
- Altro

**DIAGNOSI PRINCIPALE:**

- DEMENZA
- NEUROLOGICO
- ONCOLOGICO
- MALATTIA CRONICA
- ESITI CHIRURGICI
- ALTRO .....

- DIABETE MELLITO
- DECUBITI

PESO (Kg)= .....  PESO NON rilevabile, H (metri) = ..... BMI (kg/m<sup>2</sup>)= .....

**Rischio di malnutrizione (punteggio MUST)**

- 0 (rischio basso)
- 1 (rischio medio)
- ≥ 2 (rischio alto)

**Rischio di disfagia (punteggio Questionario Disfagia)=**

- 0-4 (disfagia assente/lieve)
- 5-7 (disfagia moderata)
- > 7 (disfagia severa)

**Utilizzo di Supplementi Nutrizionali Orali (SNO)** SI  NO

Alimentazione naturale possibile SI  NO  Necessario aiuto ai pasti

DEAMBULANTE  NON DEAMBULANTE  CARROZZINA  LETTO

**RICHIESTA DI NUTRIZIONE ARTIFICIALE:**

**(compilare solo per pazienti in dimissione da ospedali-case di cura e per attivazioni urgenti)**

- Non urgente
- urgente
- prima prescrizione
- rinnovo
- modifica

**TIPOLOGIA ACCESSO ENTERALE:**

SNG/SND  PEG  PEG-J  DIGIUNOSTOMIA .....

**TIPOLOGIA ACCESSO PARENTERALE:**

PICC  MIDLINE  PORT  ALTRO .....

● **PRODOTTO PER NUTRIZIONE ENTERALE PROPOSTO:** .....

quantità giornaliera ..... velocità .....

● **PRODOTTO PER NUTRIZIONE PARENTERALE PROPOSTO:** .....


quantità giornaliera ..... velocità .....


Data di dimissione\* .....

\*inviare almeno 3 giorni prima della dimissione

**Timbro e firma**  
del medico proponente

**Contatto telefonico e mail**

 .....

 .....

 PEC .....