

**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

<b>Dieta</b>	quantità (ml/die)	<b>Dieta speciale</b>	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)

<b>SPAZIO RISERVATO all'AUTORIZZAZIONE del DISTRETTO di RESIDENZA del PAZIENTE</b>				
<b>Carate Brianza</b>	<b>Desio</b>	<b>Monza</b>	<b>Seregno</b>	<b>Vimercate</b>
PRODOTTO/I AUTORIZZATO/I: _____				N° flac.mensili _____
DISPOSITIVI MEDICI: Sacca e deflussore Schizzettone Pompa peristaltica SNG				
Modifiche ed annotazioni: _____				
Data _____ <b>Il medico del distretto</b> _____ (Timbro e firma)				

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