

**RICHIESTA NUTRIZIONE PARENTERALE A DOMICILIO E IN RSA/RSD***(Inviare al PreSST di residenza)*

Il/La Sig./ra \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Comune di residenza \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

Necessita di **NUTRIZIONE PARENTERALE**:  dal giorno \_\_\_\_\_  NPT già in corso **INIZIO** →  Addestramento in data.....  effettuerà addestramento tramite ADI/RSA/RSD/SERVICE **RINNOVO**  **VARIAZIONE**  **SOSPENSIONE**  **FINE DELLA TERAPIA**Via di somministrazione:  **PERIFERICA**  **CENTRALE**Metodo di somministrazione:  **POMPA**  **A CADUTA con regolatore di flusso**

Tipo di sacca:

 **SACCA PREMISCELATA STANDARD o SACCA DI SOLUZIONE GLUCOSALINA**

→ compilare l'allegato All1MOD32FAR-SFT – Attivazione Servizio Domiciliare (Nutrizione Parenterale)

 **SACCA A FORMULA PERSONALIZZATA** (allegare la prescrizione con la formula completa)

Durata prevista del trattamento: \_\_\_\_\_ (massimo un anno)

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ Timbro e firma Medico Specialista Autorizzato

**PARTE RISERVATA AL MEDICO PRESCRITTORE - DA SCRIVERE STAMPATELLO:**

Dr. .... ASST/Presidio di .....

Unità Organizzativa ..... Tel. ....

**PARTE RISERVATA ALLA ASST Polo Territoriale**

Ai sensi della DGR N° V/577 del 06/08/92, della DGR n° X/4702 del 29/12/2015 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2016"

**SI AUTORIZZA LA PRESCRIZIONE****PAZIENTE INVALIDO 100%** 

DATA \_\_\_\_\_

IL MEDICO ASST \_\_\_\_\_

*Inviare il modulo a UOS Servizio Farmaceutica Territoriale - UOC Farmacia - ASST Papa Giovanni XXIII Via Borgo Palazzo 130, Bergamo (fax 0352676383, mail [sft.segreteria@asst-pg23.it](mailto:sft.segreteria@asst-pg23.it))*