

**RICHIESTA NUTRIZIONE ENTERALE 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 ENTERALE**: dal giorno _____ NED già in corso **INIZIO** → Addestramento in data..... effettuerà addestramento tramite ADI/RSA/RSD **RINNOVO** **VARIAZIONE** **SOSPENSIONE** **FINE DELLA TERAPIA**Via di somministrazione: **SNG** **CH** **PEG** **FR** **Altro**Modalità: **POMPA** **A BOLI** **A CADUTA** (necessita di SECONDA POMPA)(necessita di SACCA-deflussore per pompa) (necessita di SACCA RIGIDA) (necessita di Zainetto per pompa) (necessita di SIRINGHE DA 5-10 ML per la somministrazione di farmaci).**Si prescrive nutrizione enterale con il/i seguente/i prodotto/i:**

Quantitativo giornaliero _____ Fabbisogno calorico giornaliero _____

Durata prevista del trattamento _____ (massimo un anno)

NOTE _____

_____ 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 fosaf@asst-pg23.it)

UOC Farmacia