

 Ospedale Maggiore di Lodi Distretti e Presidi Lodigiani  Regione Lombardia ASST Lodi Piazza Ospitale, 10 - 26900 Lodi	ATTIVAZIONE SERVIZIO PER SOMMINISTRAZIONE NUTRIZIONE ENTERALE	Cod: Mod.47
		Rev. 0
		Data: 23-02-2018
		Pagina 1 di 1

DATI PAZIENTE

Cognome	Nome
Data di nascita	Luogo di nascita
Tessera Sanitaria	Codice Fiscale
Residenza	Via
Telefono	Cellulare
Familiare referente	Cellulare familiare referente

DATI USC/USD/USS RICHIEDENTE

Reparto di dimissione	Ospedale
Specialista referente	Telefono
Patologia di base	
Altezza	Peso
ADI	Infermiere di riferimento

DATI NUTRIZIONE

Data prevista inizio NED	Durata del trattamento (max 1 anno)
Tipo di nutrizione: <input type="checkbox"/> Normocalorica <input type="checkbox"/> Ipercalorica <input type="checkbox"/> Iperproteica <input type="checkbox"/> Con fibre <input type="checkbox"/> Speciale per _____	
Regime nutrizionale:	
Via di accesso	
Tipo (SNG, PEG):	Marca:
Modalità di erogazione: <input type="checkbox"/> POMPA per NE <input type="checkbox"/> GRAVITA' <input type="checkbox"/> PIANTANA	

Tale richiesta deve pervenire alla USC Farmacia Ospedaliera - ASST di Lodi al seguente numero di fax: 0371/372314 almeno CINQUE giorni lavorativi (sabato e domenica esclusi) prima della dimissione.

Data: _____ Timbro e firma dello Specialista: _____