

 Ospedale Maggiore di Lodi Dabelli e Presidi Lodigiani   Regione Lombardia ASST Lodi Piazza Ospitale, 10 - 26900 Lodi	<b>ATTIVAZIONE SERVICE PER LA NUTRIZIONE PARENTERALE TOTALE DOMICILIARE</b>	Cod.: Mod.46 Rev: 0 Data: 23-02-2018 Pg 1 di 1
--	---	---

Attivazione:       Variazione di TPN:       data di consegna: \_\_\_\_\_

Durata prevista del trattamento (massimo 3 mesi) \_\_\_\_\_

**Dati dell'assistito**

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale: \_\_\_\_\_ Tessera Sanitaria: \_\_\_\_\_

Familiare di riferimento: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Specialista Prescrittore: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Infermiere di riferimento: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altezza: \_\_\_\_\_

Patologia: \_\_\_\_\_

Danno d'organo:    Sì  No  Note: \_\_\_\_\_

**Indirizzo di consegna**

Nome citofono \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tipo di catetere	Pompa Infusionale	Asta
Totalmente Impiantato Tipo Port <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Centrale ad inserimento periferico (PICC) <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Percutaneo <input type="checkbox"/>		

**Contenuto del Servizio**

Prodotto	q.tà	Somministrazione	Prodotto	conf. da	q.tà	Somministrazione
OLIMEL PERIFERICO N4E	1.000 ml		Clinoleic 20% 100ml	24		
	1.500 ml		Clinoleic 20% 250ml	20		
	2.000 ml		Clinoleic 20% 500ml	10		
SMOFKABIVEN	986 ml		Set Transfer Clinoleic	1		
	1.477 ml		Cernevit flaconi	10		
	1.970 ml		Fiala di glucosata per ricostituz Cernevit	20		
CLINIMIX N9G15E	2.000 ml		Oligoelementi Supplyelt fiala 10ml	10		
CLINIMIX N12G20E	2.000 ml		Kit trasferimento oligoelementi	10		
CLINIMIX N14G30E	2.000 ml		Kit 8gg inizio termine infusione (con siringa Nacl)	8		
CLINIMIX N17G35E	1.500 ml		Kit medicazione settimanale CVC Percutaneo	1		
	2.000 ml		Kit medicazione settimanale CVC Impiant. (ago huber)	1		
PERIVEN	1.440 ml		Kit medicazione settimanale CVC PICC (cerotto x picc)	1		
	2.400 ml		Chlorapep Clorexidina monouso 3 ml (uno per medicazione)	25		
KABIVEN	2.053 ml		Deflussore controllo di flusso	1		
			Deflussore per pompa	1		
			Fiala eparina pronta all'uso 250 UI/5ml	20		

Data di compilazione \_\_\_\_\_ Timbro e firma dello Specialista richiedente \_\_\_\_\_

Tale richiesta deve pervenire alla USC Farmacia Ospedaliera dell'ASST di Lodi almeno tre giorni lavorativi (sabato, domenica e festivi esclusi) prima della presunta data di consegna al seguente numero di fax 0371/372314

L'ordine minimo è di 8 giorni di terapia.

Inserire nel campo "Somministrazione" la frequenza di somministrazione del prodotto. es.: Tutti i giorni, 1 ogni "x" gg.; a gg. alterni; 3 a sett, etc.