**PROPOSTA DI AVVIO ALLA NAD** (Allegato 1)

[da trasmettere a](mailto:datrasmettereatnm@asst-lariana.it)  teamnad@asst-lodi.it

Spett. UNC/TNM

Data ……../…...…/………………

**⃝ prima prescrizione ⃝ rinnovo ⃝ variazione**

**DATI PAZIENTE:**

COGNOME E NOME……………………………………………………………………………...………………………………………………………………………. DATA NASCITA………………………………………… COD. FISCALE………………………………………………………………………………………….... INDIRIZZO RESIDENZA…………………………………………………………………………………………………………………………………………………... INDIRIZZO DOMICILIO…………………………………………………………………………….……………………………………………………………………… TELEFONO …………………………………………………………………... CELLULARE ……..………………………………………………………………….….

E-MAIL ………………………………………………………… …………………….

# INDICAZIONI AL TRATTAMENTO

## Diagnosi: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. Peso: ………………… (kg) Altezza: ………………..(m) BMI (kg/m2): …………………..

**Prognosi : ⃝ ≤ 3 MESI ⃝ ˃ 3 MESI**

**Allergie alimentari note:** …………………………………………………………………………………………………………………………………

# MOTIVAZIONI CLINICHE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | **SI** | **NO** |
| **1** | Calo ponderale involontario ≥ 10% negli ultimi 6 mesi o ≥ 5% nell’ultimo mese |  |  |
| **2** | Mancato accrescimento pondero-staturale |  |  |
| **3** | Alimentazione insufficiente |  |  |
| **4** | Malassorbimento |  |  |
| **5** | Disfagia |  |  |
| **6** | Altro: |  |  |

**PROPOSTA DI PRESCRIZIONE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nutrizione Enterale tramite:** | **⃝ SNG** | **⃝ SND** | **⃝ PEG** | **⃝ PEJ** | **⃝ Altro** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nutrizione Parenterale tramite:** | **⃝ Groshong** | **⃝ Hickman/ Broviac** | **⃝ Port-a-cath** | **⃝ PICC** | **⃝ Altro** |
| **Supplementazione nutrizionale orale con:** | **⃝ Liquidi** | ⃝ C**reme** | **⃝ Polveri** | **⃝ Gel** | **⃝ Altro** |

# PRODOTTO:

**POSOLOGIA:**

## Data presunta domiciliazione (se applicabile) ….……/………/…………..

**⃝** Il prodotto proposto è tollerato dal paziente in quanto già assunto in regime ospedaliero per ≥ 5 giorni.

**⃝** Il prodotto proposto è tollerato dal paziente in quanto già assunto a domicilio per ≥ 5 giorni.

⃝ il prodotto proposto non è stato ancora testato (limitatamente a NE per sonda)

# MEDICO PROPONENTE

COGNOME E NOME……………………………………………………………………………… COD. FISCALE ………………………………………………. LUOGO DI LAVORO/ STRUTTURA SANITARIA ……………………………………………………………………………….……………………………… TELEFONO …………………………………………………………………. ……………………CELLULARE………..………………………….…………………..

E-MAIL ………………………………………………………… ………………………… …………………………………………………………………………………..

# MONITORAGGIO DOMICILIARE A CARICO DEL MEDICO PROPONENTE SI NO

## Timbro e firma del Medico proponente

………………………………………………………………….

**PROPOSTA APPROVATA**

**⃝ SI**

**⃝ NO**

**Se NO, perché:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Data ……../…...…/………………

Proposta n°………………………………………………………

**Timbro e firma del Medico Prescrittore dell’UNC/TNM**

………………………………………………………………….