****

**PRESCRIZIONE/RICHIESTA FORNITURA (NED)** (Allegato 2)

(La prescrizione è valida per massimo 6 mesi di fornitura)

Spett. Farmacia

Data ……../…...…/………………

**⃝ prima prescrizione ⃝ rinnovo (semestrale) ⃝ variazione** Proposta n° (se applicabile)

**DATI PAZIENTE:**

COGNOME E NOME………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………….

DATA NASCITA…………………………………………. COD. FISCALE……………………………………………………………………………………………..

INDIRIZZO RESIDENZA……………………………………………………………………………………..……………………………………………………………...

INDIRIZZO DOMICILIO…………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………

TELEFONO ….…………………………………………………………………... CELLULARE………………………………………………………………….….

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

# INDICAZIONI AL TRATTAMENTO

**PATOLOGIA:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nutrizione Enterale tramite** | **SNG** | **SND** | **PEG** | | **PEJ** | | **⃝ Altro** | |
| **Modalità di somministrazione** | **Pompa (deflussore dedicato)** | | | | | **Gravità :**  **⃝ deflussore**  **⃝ regolatore di flusso** | | |
| **Bolo** | | | | |
| **⃝ sacca con deflussore (solo per infusione notturna)** | | |
| **Tipologia di prodotto**  (Allegato 8) |  | | | | | | | |
| **Fabbisogno giornaliero** |  | | | | | | | |
| **Tempistica di somministrazione** | **24 ore** | | |  | **diurna in h** | | | **Notturna in h** |

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

Nome commerciale del prodotto

# Richiesta fornitura per mesi:

**MEDICO PRESCRITTORE**

COGNOME E NOME……………………………………………………………………………… COD. FISCALE ……………………………………………….

LUOGO DI LAVORO/ STRUTTURA SANITARIA ……………………………………………………………………………….………………………………

TELEFONO …..……………………………………………………………………. CELLULARE...……………………………………………….…………………..

RUOLO

Medico Prescrittore di UNC Medico Prescrittore di TNM

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

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

**……………………………………………………………**

**AUTORIZZAZIONE DA PARTE DEL DISTRETTO DI**

DATA

**Timbro e firma del Medico**

**Da compilare da parte della Farmacia:**

Prodotto disponibile

Se il prodotto è diverso da quello già testato, e’ stata formalmente accettata dal clinico la sostituzione? **si ⃝ no ⃝**

(allegare documentazione)

Fabbisogni mensili Data attivazione fornitura Scadenza Annotazioni Firma del Farmacista Data