

**PRESCRIZIONE PER LA FORNITURA SUPPLEMENTI NUTRIZIONALI ORALI (ONS)**

(La prescrizione è valida per massimo 3 mesi di fornitura)

Spett. Farmacia

Data ……../…...…/………………

# ⃝ prima prescrizione ⃝ rinnovo (trimestrale) ⃝ 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:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**RISCHIO NUTRIZIONALE NRS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Screening preliminare** | | **SI** | **N**  **O** | **Screening preliminare** | | **SI** | **N**  **O** |
| **1** | Il BMI (Kg/m2) è < 20? |  |  | **3** | Il Paziente ha ridotto l’alimentazione? |  |  |
| **2** | Il Paziente ha perso peso negli ultimi 3  mesi? |  |  | **4** | Il paziente è molto grave? |  |  |

Se almeno una risposta è “SI” passare allo **screening completo Alterazione dello stato nutrizionale**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Punteggio** | | **Stato nutrizionale** |  | **Alimentazione nell’ultima settimana** |
| **0** | Normale | Perdita di peso < 5% negli ultimi 3 mesi e BMI ≥ 20 | e | Invariata o solo leggermente diminuita |
| **1** | Lieve | Perdita di peso ≥ 5% negli ultimi 3 mesi e BMI ≥ 20 | o | Diminuita moderatamente |
| **2** | Modera- ta | Perdita di peso ≥ 5% negli ultimi 3 mesi o BMI 18.5-19.9 in paziente debilitato | o | Diminuita sensibilmente |
| **3** | Grave | Perdita di peso ≥ 5% nell’ultimo mese o ≥10% negli ulti-  mi 3 mesi o BMI < 18.5 in paziente debilitato | o | Quasi nulla |

**Gravità e Malattia (fabbisogni aumentati)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Punteggio** | | **Esempi di patologie** |
| **0** | Normale | Patologie assente |
| **1** | Lieve | Paziente con patologia cronica (cirrosi, BPCO, dialisi, diabete, oncologici) o con complicanze acute di gra-  do moderato |
| **2** | Modera-  to | Chirurgia addominale maggiore, stroke, polmonite grave |
| **3** | Grave | Trauma cranico, Trapianto di midollo osseo |

**Valutazione finale NRS 2002:**

|  |  |
| --- | --- |
| A. Valutazione dello stato nutrizionale (0 -3) |  |
| B. Gravità di malattia (0 – 3) |  |
| *Aggiungere 1 punto se età > 70 anni* |  |
| **Punteggio Totale** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Caratteristiche del supplemento (Allegato 7)** | **Fabbisogno giornaliero (KCal)** |
| ⃝ Liquido ipercalorico ⃝ Liquido ipercalorico iperproteico ⃝ Liquido normocalorico iperproteico  ⃝ Crema ipercalorica ⃝ Crema ipercalorica iperproteica ⃝ Crema normocalorica iperproteico  ⃝ Altro | 1. …………………………………………..  2. ……………………………………………  3. ………………………………………….. |

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

Il paziente ha già assunto per ≥ 5 giorni la terapia nutrizionale prescritta dimostrando tollerabilità **si ⃝ no ⃝**

Se si , indicare il 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 commerciabile 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