

EROGAZIONE PRODOTTI NUTRIZIONALI PER VIA ORALE
Integratori e dietetici

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	
Terapie concomitanti	
ADI	Infermiere di riferimento

DATI INTEGRATORE/DIETETICO

Tipo di integratore
Regime nutrizionale giornaliero
Note

Allegare relazione clinica dettagliata a cura del Medico Specialista.

La richiesta deve essere inviata alla USC Farmacia Ospedaliera - ASST di Lodi al seguente numero di fax: 0371/372314

Data: _____

Timbro e firma dello Specialista: _____