

 <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Lodi Via Fissiraga, 15 26900 Lodi</p>	ATTIVAZIONE SERVIZIO PER SOMMINISTRAZIONE NUTRIZIONE ENTERALE	

DATI PAZIENTE

Cognome	Nome
Data di nascita	Luogo di nascita
Tessera Sanitaria	Codice Fiscale
Residenza	Via
Telefono	Cell.
Familiare referente	Tel./Cell. familiare referente

DATI USC/USD/USS RICHIEDENTE

Reparto di dimissione	Ospedale
Specialista referente	Telefono
Patologia di base	
Altezza	Peso
ADI	Infermiere di riferimento

DATI NUTRIZIONE

Data prevista inizio NED	Durata del trattamento (max 1 anno)
Tipo di nutrizione: Normocalorica Ipercalorica Iperproteica Con fibre Speciale per _____	
Regime nutrizionale:	
Via di accesso	
Tipo (SNG, PEG):	Marca:
Modalità di erogazione: POMPA per NE GRAVITA' PIANTANA	

Tale richiesta deve pervenire alla USC Farmacia Ospedaliera - ASST di Lodi al seguente numero di fax: 0371/372314 almeno CINQUE giorni lavorativi (sabato e domenica esclusi) prima della dimissione.

Data: _____ Timbro e firma dello Specialista: _____