Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Pavia
Tel. 0382 1952521 – 0383 695205

Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Pavia
Sede Legale: Viale Repubblica, 34 - 27100 PAVIA
Codice Fiscale/Partita I.V.A. n. 02613080189
sito internet: www.asst-pavia.it

RICHIESTA FORNITURA PER NUTRIZIONE ENTERALE

AL DISTRETTO DI RESIDENZA DEL PAZIENTE:
☐ PAVIA
☐ OLTREPO - VOGHERA
☐ LOMELLINA - VIGEVANO

NON URGENTE O URGENTE O

PRIMA PRESCRIZIONE O RINNOVO O MODIFICA O

SIG…….....……..……TESSERA SANITARIA…….....……..

CF..... MMG/PLS.....

Nato il……Residente …….....……..…… PROV……

Domicilio…….....……..VIA…….……..N°……....

Tel……..cell…….....……

paziente o familiare di riferimento per la gestione della NED Sig./Sig.ra …….....……

Dimissione da: Ospedale ……..……..

Medico Prescrittore …….. Recapito Telefonico ……...

Relazione clinica nutrizionale

…….....……

…….....……..

…….....…..

peso kg…… altezza cm ……. velocità di somministrazione …….…… ml/h.....

PORTATORE DI:
O SNG (N°…… French) O PEG O GASTROSTOMIA (N°…… French) O DIGIUNOSTOMIA (N°…… French)
O ALTRO ……

Essendo la nutrizione artificiale indispensabile ed insostituibile per la sopravvivenza del paziente, **SI RICHIEDE LA FORNITURA DI**
O POMPA O PIANTANA O DEFLUSSORI O KIT INFERMIERISTICO O PER OS

REGIME DI SOMMINISTRAZIONE
O DIURNO O NOTTURNO O CONTINUO

PRODOTTI PER NUTRIZIONE ENTERALE:

…….....….. CC/ DIE……

…….....… CC/DIE……

…….....… CC/ DIE……

Data inizio nutrizione ……..…….…….. Durata del trattamento ……..……

IL MEDICO SPECIALISTA (TIMBRO E FIRMA)

……

PARTE DI COMPETENZA ASST DI PAVIA

VISTO DAL COORDINATORE INFERMIERISTICO DI DISTRETTO O SUO DELEGATO

……

……