



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Lariana

PROPOSTA DI AVVIO ALLA NAD (Allegato 1)
da trasmettere a **tnm@asst-lariana.it**

Spett. UNC/TNM

Data/...../.....

☐ prima prescrizione

☐ rinnovo

☐ variazione

DATI PAZIENTE:

COGNOME E NOME.....

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

INDIRIZZO RESIDENZA.....

INDIRIZZO DOMICILIO.....

TELEFONO CELLULARE

E-MAIL

INDICAZIONI AL TRATTAMENTO

Diagnosi:

Peso: (kg)

Altezza:(m)

BMI (kg/m²):

Prognosi : ☐ ≤ 3 MESI

☐ > 3 MESI

Allergie alimentari note:

MOTIVAZIONI CLINICHE

		SI	NO
1	Calo ponderale involontario ≥ 10% negli ultimi 6 mesi o ≥ 5% nell'ultimo mese		
2	Mancato accrescimento pondero-staturale		
3	Alimentazione insufficiente		
4	Malassorbimento		
5	Disfagia		
6	Altro:		

PROPOSTA DI PRESCRIZIONE

Nutrizione <u>Enterale tramite:</u>	<input type="radio"/> SNG	<input type="radio"/> SND	<input type="radio"/> PEG	<input type="radio"/> PEJ	<input type="radio"/> Altro _____
--	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	--------------------------------------



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Lariana

Nutrizione Parenterale tramite:	<input type="radio"/> Groshong	<input type="radio"/> Hickman/ Broviac	<input type="radio"/> Port-a-cath	<input type="radio"/> PICC	<input type="radio"/> Altro _____
Supplementazione nutrizionale orale con:	<input type="radio"/> Liquidi	<input type="radio"/> Creme	<input type="radio"/> Polveri	<input type="radio"/> Gel	<input type="radio"/> Altro _____

PRODOTTO:

POSOLOGIA:

Data presunta domiciliazione (se applicabile)/...../.....

- ☐ Il prodotto proposto è tollerato dal paziente in quanto già assunto in regime ospedaliero per ≥ 5 giorni.
- ☐ Il prodotto proposto è tollerato dal paziente in quanto già assunto a domicilio per ≥ 5 giorni.
- ☐ il prodotto proposto non è stato ancora testato (limitatamente a NE per sonda)

MEDICO PROPONENTE

COGNOME E NOME..... COD. FISCALE

LUOGO DI LAVORO/ STRUTTURA SANITARIA

TELEFONOCELLULARE.....

E-MAIL

MONITORAGGIO DOMICILIARE A CARICO DEL MEDICO PROPONENTE

☐ SI

☐ NO

Timbro e firma del Medico proponente

.....

PROPOSTA APPROVATA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Se NO, perché:		
.....		
.....		
Data/...../.....		
Proposta n°		
Timbro e firma del Medico Prescrittore dell'UNC/TNM		
.....		