

Prescrizione per l'alimentazione artificiale a domicilio

Dati personali :

Nome Cognome _____

Data di nascita _____

Indirizzo _____

Telefono _____

Assicuratore malattia _____

N° Assicurato _____

N° AVS _____

Trattamento alimentare artificiale a domicilio previsto

**Integratore
Orale**

Enterale

SNG

PEG

PEJ

Parenterale

AVI

PICC

Periferico

Indicazione terapeutica

Nome del prodotto se noto :

Dati anamnestici / Grado di malnutrizione

Altezza:

Peso:

Peso prima della
malattia:

Indicazione medica (codice ICD) :

- Turbe del metabolismo
- Obesità e malattie conseguenti al sovrappeso o concomitanti
- Stato di malnutrizione o di denutrizione
- Allergie alimentari o reazioni allergiche dovute all'alimentazione

- Tumore maligno
- Malattie degenerative del SNC
- Disturbi dell'apparato masticatorio e della deglutizione
- Anoressia mentale

- Insulto cerebrovascolare
- Malattie renali
- Malattie cardiovascolari
- Altro:

Data

Firma e timbro medico:

Prescrizione Dietetica

Richiesta consulenza dietetica

malattia

incidente

invalidità

Farmadomo Home Care Provider SA
Centro di competenza dietetica
Ala Munda 41, 6512 Camorino
RCC U556521

Numero consultazioni: .

Data:
Firma e timbro dietista:

Data:
Firma e timbro medico: