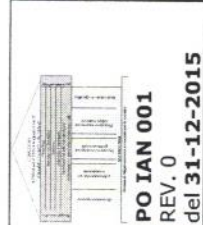


GESTIONE NUTRIZIONE ARTIFICIALE PARENTERALE



Allegato 1)

**NAD (Nutrizione Artificiale Domiciliare) MOD.P
 NUTRIZIONE PARENTERALE**

Cognome: _____ Nome: _____ data di nascita _____
 Indirizzo: _____ cellulare _____
 Patologia: _____
 Codice fiscale: _____ data della prescrizione: _____ validità mesi (max 3)

NUTRIZIONE PARENTERALE		SOLUZIONI DI EMULSIONI DI GRASSI	
mag	descrizione	mag	descrizione
1500554	CLINIMIX 90G/5E IV	50166500	LIPORUNDIN MCT 10% (5%+5%) FLAC 500 ML
5018776	AMINOMIX CGLUC 20% CELETTROLITI	50971095	LIPORUNDIN MCT 20% (10%+10%) FLAC 500 ML
50071974	TRIPERILIPID 1875 ml**	40014606	CERNEXIT POLYMER PER SOL. IN. EV/IN
50071100	TRIPERILIPID 1250 ml**	50188472	ADDAMEL CONCENTRATO FIALE EV
50178662	OLIMEL N7 E SACCA 1500 ML**		DISPOSITIVI
50029278	OLIMEL N7 E SACCA 2000 ML	50100523	deflusi. infus. Y latex free 150cm crollier flebohit
50166458	OLIMEL N5 E SACCA 2000 ML	50101352	deflusi. Y latex free 150cm crollier flebohit
50166461	OLIMEL N7 E SACCA 1000 ML	50173101	deflusi. Y cingolatore di flusso (+* 250H)
50166464	OLIMEL N7 E SACCA 1500 ML**	50077677	Pellicola adesiva per medic. Cm 8x7
50132470	SMOFKARIVEN SACCA 1477 ML**	50178882	Telino sterile 10x12 per incisione
50132474	SMOFKARIVEN SACCA 1970 ML**		

le sacche con ** non sono in pronta
 ** disponibilità, ma solo su richiesta

A cura della Farmacia: _____ etc. _____
 il farmacista _____

Medico prescrittore: _____
 Il Medico curante: _____
 Il Coordinatore del Team: _____

Data: _____

Inserire il logo aziendale _____

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

Barra le caselle relative ai due step seguendo la legenda riportata sul retro

Step 1: indicazione alla nutrizione artificiale (NA)

NA1 NA2 NA3 NA4 NA5

Step 2: indicazione alla nutrizione parenterale (NP)

- Dichiaro che è stato inutilmente messo in atto ogni tentativo di nutrizione orale o enterale.
- Dichiaro che il paziente ha evidenziato incapacità a mantenere il peso e condizioni nutrizionali soddisfacenti.
- Nutrizione parenterale di breve periodo
- NP1 NP2 NP3
- NP4 NP5 NP6 NP7

Specificare: _____

Nutrizione parenterale a lungo termine

NP8 NP9 NP10 NP11

Specificare: _____

Documentazione allegata: _____

Data _____ Timbro e firma del Medico prescrittore _____