MODULO PER L'ATTIVAZIONE DELLA NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE PER I PAZIENTI DELL'AULSS 9 SCALIGERA – Distretto 4

☐ Ospedale di	☐ Domicilio (Comune d	i)) 🛘 RSA di			
Il Paziente (Cognome, Nome)		nato a			il	
Codice fiscale			e a			
in via prov		tel		sesso (M/F)		
Il Medico richiedente : Firma Timbro e Data * = campi facoltativi per i MMG						
	tima fabb. Kcal *	Stima	fabb. azoto *	Stim	a fabb. idrico ml/die*	
Il paziente necessita di proseguire o iniziare a domicilio la Nutrizione Artificiale, per tali motivi: ☐ il paziente stesso ed anche un suo familiare o persona da lui indicata hanno ricevuto, durante la degenza, istruzioni sulla Nutrizione Artificiale ed è stato acquisito il consenso al trattamento; ☐ si richiede un intervento del Team Nutrizionale di riferimento per la formazione del paziente stesso ed anche un suo familiare o persona da lui indicata. Si attesta che il paziente presenta la seguente patologia (alleg. eventuale documentazione):						
compatibile con una delle indicazioni (Vedi legenda dietro pagina): I_{AFS}^{AFS} 2_{AFS}^{AFS} 3_{AFS}^{AFS} 4_{AFS}^{AFS} 5_{AFS}^{AFS} 6_{AFS}^{AFS}						
> Se proposta Nutrizione Parent	Se proposta Nutrizione Parenterale		e proposta Nutrizi	one En	terale_	
•	Possibilità di ripresa della funzione intestinale:		Possibilità ripresa alimentazione per os: sì ☐ no☐			
sì □ no□ parziale □		Tipo di dispositivo artificiale				
Tipo di catetere:	^		SNG □ SND □ PEG □ PEJ □ altra stomia □			
Catetere Venoso Centrale Cat.					tualo:	
Altro (spec.)			Bolo n° somm.ni/die			
Modalità di infusione attuale: pomp	fusione attuale: pompa sì □ no□		Deflussore a gravità ml/ ora			
modello pompa	lo pompa		Pompa di infusione			
Velocità (ml/h) □ nelle	24 h ☐ solo notturna	Modello pompa				
*Informazioni sulla formulazioni per NA attualmente impiegata						
Nome commerciale formulazione			Quantità/die (ml)	Data inizio trattam.	
Visto: il Medico del Distretto dell'AULSS (Timbro, Firma, Data) Visto: Segreteria del Team Nutrizionale dell'AULSS (Timbro, Firma, Data)						

Indicazioni approvate dalla Commissione Regionale per la NAD:

- 1) incapacità di qualsiasi origine ad assumere gli alimenti per os, tale da compromettere lo stato nutrizionale;
- 2) insufficienza intestinale cronica che comprometta lo stato nutrizionale con la sola alimentazione orale (questa indicazione deve essere perfezionata dalla verifica, dopo un periodo iniziale di adattamento-stabilizzazione, della mancata indipendenza alimentare);
- 3) condizioni di malnutrizione secondarie a malassorbimento come esito di interventi chirurgici a carico dell'apparato digerente o di gravi patologie digestive non altrimenti trattabili e/o gestibili dal punto di vista nutrizionale;
- 4) condizioni di malnutrizione secondarie a gravi malattie neurologiche non altrimenti trattabili e/o gestibili dal punto di vista nutrizionale;
- 5) pazienti oncologici inseriti in un protocollo specifico di trattamento con compromissione dell'assunzione degli alimenti per via orale e/o con malnutrizione, e pazienti affetti da patologia neoplastica con aspettativa di sopravvivenza superiore ai 3 mesi;

pazienti in attesa domiciliare di trapianto d'organo, che necessitano di mantenere condizioni nutrizionali adeguate in previsione dell'intervento.