

**MODULO B/2 da compilare a carico della Struttura extraospedaliera RSA "R1" ed "R2" per ogni singolo assistito degente e da inviare al Distretto di Residenza, per RICHIESTA di NUTRIZIONE ARTIFICIALE**

**DATI RELATIVI al PAZIENTE**

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INDIRIZZO (residenza) \_\_\_\_\_

DISTRETO DI RESIDENZA \_\_\_\_\_

DATA di PREVISTO INGRESSO in Struttura \_\_\_\_\_

DATA di DIMISSIONE \_\_\_\_\_

SESSO: M  F  ALTEZZA \_\_\_\_\_ cm

PESO attuale \_\_\_\_\_ Kg PESO ultimo mese \_\_\_\_\_ Kg PESO ultimi 6 mesi \_\_\_\_\_ Kg

AFFETTO DA PATOLOGIA PRINCIPALE: \_\_\_\_\_

Segnalare anche:  Paziente Deambulante  Paziente Allettato

Diabete Mellito  Insufficienza Respiratoria  Insufficienza Epatica  Insufficienza Renale  Ascite

Insufficienza Cardiaca  Piaghe da decubito  SLA  Crohn  Colite Ulcerosa

**N.B.: L'appropriatezza e modalità di effettuazione della NA sono a giudizio del SSD Centro di Nutrizione Artificiale Clinica e Domiciliare dell'ASREM**

1)  ENTERALE (solo con attacco EnFit):

PEG  RIG/PRG  PLAG  PEJ  PEG/J

2)  PARENTERALE:  CVC – tunnellizzato  PICC  PORT

**DATI RELATIVI al CAREGIVER, TUTORE LEGALE, o AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

RESIDENZA: COMUNE \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ CELL \_\_\_\_\_

GRADO DI PARENTELA \_\_\_\_\_

**•I Prodotti per la N.A. verranno erogati dal Service a cadenza prestabilita**

**Il Direttore Distretto Sanitario**