

# Prescrizione di nutrizione artificiale a domicilio

Nutrizione orale liquida, con sonda, parenterale

## 1 Paziente

Cognome	Nome	Data di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via, n.	NPA, luogo	Numero di telefono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail	Assicuratore malattie	Numero cliente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Si.** Acconsento a che sia trasmessa allo Home Care Service menzionato alla cifra 7 e al servizio di consulenza nutrizionale, se specificatamente indicato alla cifra 8, la prescrizione risp. una copia della stessa e che essi si incarichino della mia cura ai sensi delle linee guida della SSNC (Società Svizzera della Nutrizione Clinica). Tutto il personale specializzato che opera nel sistema sanitario svizzero soggiace all'obbligo del segreto professionale. I miei dati saranno trattati confidenzialmente e in conformità alle disposizioni concernenti la protezione dei dati.

**No.** Non acconsento a che la prescrizione o una copia sia trasmessa a terzi e prendo atto che dovrò provvedere in prima persona al pagamento della fattura dello Home Care Service e alla successiva richiesta di un rimborso presso l'assicuratore malattie.

**Acconsento a che i dati siano analizzati in forma anonima dallo Home Care Service e siano utilizzati dalla SSNC per scopi statistici.**

## 2 Medici

### 2.1 Medico prescrivente (responsabilità principale verso il paziente)

Cognome	Nome	Via, n.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NPA, luogo	N. RCC	Numero di telefono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 2.2 Medico di famiglia risp. medico curante successivo

Cognome	Nome	Via, n.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NPA, luogo	N. RCC	Numero di telefono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 3 Indicatori medici per la nutrizione artificiale (barrare con una crocetta il codice)

Diagnosi principale (indicare solo il codice ICD)

**Cause anatomiche**

<input type="checkbox"/> Occlusione intestinale cronica (ileo cronico)	<input type="checkbox"/> Fistole «high out-put»
<input type="checkbox"/> Stenosi inoperabile dell'esofago e dello stomaco	<input type="checkbox"/> Fistole gastrointestinali ed enterocutanee
<input type="checkbox"/> Sindrome dell'intestino corto	<input type="checkbox"/> Malformazione

**Cause neurologiche**

<input type="checkbox"/> Paralisi cerebrale	<input type="checkbox"/> Insulto cerebrovascolare
<input type="checkbox"/> Malattie degenerative del sistema nervoso centrale	<input type="checkbox"/> Disturbi dell'apparato mastic. e della deglutizione

**Altre indicazioni**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fegato, cuore, polmoni, reni   | <input type="checkbox"/> Pancreas          |
| <input type="checkbox"/> Tumore maligno   | <input type="checkbox"/> Endocardite       |
| <input type="checkbox"/> Artrite reumatoide   | <input type="checkbox"/> Tubercolosi       |
| <input type="checkbox"/> HIV/AIDS   | <input type="checkbox"/> Fibrosi cistica   |
| <input type="checkbox"/> Disturbi della motilità intestinale  | <input type="checkbox"/> Anoressia mentale |
| <input type="checkbox"/> Enterite da radiazioni   |  |
| <input type="checkbox"/> Malassorbimento grave e diarrea grave  |  |
| <input type="checkbox"/> Malattie infiammatorie croniche dell'intestino (morbo di Crohn, colite ulcerosa) |  |
| <input type="checkbox"/> Disturbi congeniti del metabolismo   |  |

**4 Dati anamnestici/Grado di malnutrizione**

Data della diagnosi	<input type="text"/>	Altezza in cm	<input type="text"/>	Peso corporeo attuale in kg	<input type="text"/>
Peso normale prima della malattia in	<input type="text"/>	Perdita di peso involontaria durante l'ultimo mese in kg	<input type="text"/>	Perdita di peso involontaria durante gli ultimi 6 mesi in kg	<input type="text"/>

**5 Trattamento previsto nel quadro della nutrizione artificiale a domicilio**

<input type="checkbox"/> <b>Orale</b>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> <b>Enterale</b>	<input type="checkbox"/> Sonda per alimentazione nasogastrica	<input type="checkbox"/> Sonda PEG
	<input type="checkbox"/> Bottone/Sonda a palloncino	<input type="checkbox"/> Sonda FKJ
	<input type="checkbox"/> Sonda PEJ	
<input type="checkbox"/> <b>Parenterale</b>	<input type="checkbox"/> Catetere venoso centrale	<input type="checkbox"/> Catetere venoso periferico

**6 Indicazioni terapeutiche sul tipo di nutrizione**

Nomi dei prodotti	Fabbricanti	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>Applicazione</b> <input type="checkbox"/> Gravitazione <input type="checkbox"/> Pompa nutrizionale
Nomi dei prodotti	Fabbricanti	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>Applicazione</b> <input type="checkbox"/> Gravitazione <input type="checkbox"/> Pompa nutrizionale

**7 Home Care Service**

<input type="checkbox"/> Farmadomo Home Care Ticino, 6900 Lugano	<input type="checkbox"/> Fresenius Kabi AG, 6370 Oberdorf
<input type="checkbox"/> Grosse Apotheke und Laboratorium Dr. G. Bichsel AG, 3800 Interlaken	<input type="checkbox"/> Groupe Neuchâtelois de Nutrition à Domicile, 2034 Peseux
<input type="checkbox"/> Homecare Apotheke Burgdorf, 3400 Burgdorf	<input type="checkbox"/> Homecare Gächter, 4127 Birsfelden
<input type="checkbox"/> HomeCare Mittelland Plus, 4600 Olten	<input type="checkbox"/> HomeCare TI-CURO Alpersico SA, 6500 Bellinzona
<input type="checkbox"/> Home Care Nordstern, 8200 Schaffhausen	<input type="checkbox"/> Home Care Studer GmbH, 4410 Liestal
<input type="checkbox"/> Pharmadom Sàrl, 1510 Moudon	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>

**8 Consulenza nutrizionale**

Osservazioni/Integrazioni/Obiettivi della terapia

Luogo	Data	Firma del paziente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Luogo	Data	Timbro e firma del medico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Il formulario debitamente compilato, firmato dal medico e dal paziente, deve essere inviato allo Home Care Service scelto.