

## Prescrizione per l'alimentazione artificiale a domicilio

### Paziente

Cognome   Nome	Data di nascita
Via   n.	Telefono
NPA   località	
E-mail	
Assicuratore malattia	N. d'assicurato

Sì. Sono d'accordo che venga trasmessa la prescrizione o una copia al servizio Home Care indicato al numero 7 e al servizio di consulenza dietetica, se indicato al numero 8, e che questi assumano la mia cura secondo le direttive della SSNC. La protezione dei dati è garantita e non viene trasmessa nessuna informazione medica.

No, non voglio che la prescrizione o una copia venga trasmessa a terzi e prendo atto di dover provvedere personalmente al pagamento della fattura emanata dal servizio Home Care ed all'invio della stessa all'assicuratore malattia per il rimborso.

Sono d'accordo che i miei dati vengano analizzati in forma anonima dal Servizio Home Care e che la SSNC li utilizzi per scopi statistici.

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

Cognome   nome	
Via   n.	N. RCC
NPA   località	Telefono

### Medico di famiglia o medico delle cure successive

Cognome   nome	
Via   n.	N. RCC
NPA   località	Telefono

### Indicazione medica per l'alimentazione artificiale (barrare il codice)

Diagnosi principale (codice ICD):		
Cause anatomiche	Occlusione intestinale cronica (ileo cronico) Stenosi non operabile dell'esofago e dello stomaco Fistole gastrointestinali ed enterocutanee	Fistole «High output» Sindrome dell'intestino corto Malformazioni

Cause neurologiche	Paralisi cerebrale Insulto cerebrovascolare Malattie degenerative del sistema nervoso centrale	Disturbi dell'apparato masticatorio e della deglutizione
Malattie degli organi	Fegato, cuore, polmoni, reni Pancreas	Tumore maligno
Infezioni croniche	Poliartrite cronica Endocardite	HIV   AIDS Tbc
Indicazioni speciali	Malassorbimento grave e diarrea grave Malattie infiammatorie croniche dell'intestino (Morbo di Crohn, colite ulcerosa) Disturbi congeniti del metabolismo Disturbi della motilità intestinale	Fibrosi cistica Enterite da radiazioni Anoressia mentale

## Dati anamnestici | grado di malnutrizione

Data della diagnosi	Peso normale prima della malattia (kg)
Altezza (cm)	Perdita di peso involontaria durante lo scorso mese (kg)
Peso attuale (kg)	Perdita di peso involontaria durante gli ultimi 6 mesi (kg)

## Trattamento alimentare artificiale a domicilio previsto

Orale	Enterale	Sonda PEJ Gravità Pompa nutrizionale	Parenterale Catetere venoso centrale Catetere venoso periferico
	Sonda per alimentazione nasogastrica Sonda PEG Bottone   sonda a palloncino Sonda FKJ		

## Indicazione terapeutica modo di alimentazione

Nome di prodotto
Fabbricante

## Servizio Home Care

## Consulenza dietetica | osservazioni | informazioni supplementari | obiettivi terapeutici

**Il formulario compilato integralmente e firmato sia dal medico che dal paziente deve essere inviato al fornitore di prestazioni per le cure a domicilio (purché il paziente non abbia indicato espressamente altri desideri).**

Luogo | Data      Firma del paziente                      Luogo | Data      Tiembro | Firma del medico