



AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 - 02100 – Rieti - C.F. e P.I. 00821180577
Tel.0746-2781-PEC:asl.rieti@pec.it –www.asl.rieti.it

Direttore Generale:Dott.ssa Marinella D'Innocenzo
Decreto Presidente Regione Lazio n. T00215del 21.11.2017
Deliberazione n.1/D.G. del 06/12/2017

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 466 del 31-05-2019

DIRETTORE SANITARIO f.f.

Oggetto:adozione del documento “Percorso Clinico Organizzativo Nutrizione Artificiale – Aggiornamento 2019”

Estensore:Sig.ra Rossella Paolucci

Il Direttore Sanitario f.f. sottoscrivendo il presente provvedimento, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo, ai sensi dell'art.1 della L. n° 20/1994 e ss.mm.ii., assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex art.4, comma2, L. n.165/2001, nonché garantendo l'osservanza dei criteri di economicità, di efficacia, di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all'art.1, comma 1°, L. n. 241/1990, come modificato dalla L. n. 15/2005. Il Direttore Sanitario f.f. attesta altresì che il presente provvedimento è coerente con gli obiettivi dell'Azienda ed assolutamente utile per il servizio pubblico ai sensi dell'art.1, L. n. 20/1994 e ss.mm.ii.

Data 29/05/19

Firma

Il Direttore Sanitario f.f.
Dr.ssa Rita Le Donne

Il Direttore della U.O.C. Economico Finanziaria con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.

Voce del conto economico su cui imputare la spesa: _____

Autorizzazione: _____

Data _____

Firma _____

Parere del Direttore Amministrativo: Dott.ssa Anna Petti

favorevole

non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto)

Data 29.05.19

Firma

Parere del Direttore Sanitario f.f.: Dr.ssa Rita Le Donne

favorevole

non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto)

Data 29/05/19

Firma

IL DIRETTORE SANITARIO *f.f.*

VISTO il D.P.C.M. 29 novembre 2001, “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”;

VISTA la deliberazione di Giunta Regionale n. 920 del 12 luglio 2002 “Regolamentazione della Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) nel Lazio”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00404 del 3 settembre 2013 con il quale la Regione Lazio ha approvato il documento “Percorso per la Nutrizione Artificiale Domiciliare nella Regione Lazio” prevedendo, tra l’altro, che ogni ASL sia dotata di una équipe per la presa in carico dei pazienti con necessità di nutrizione artificiale;

CONSIDERATO il documento di cui al DCA sopracitato sottolinea che:

- la Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD), Parenterale (NPD) ed Enterale (NED), è utile a soggetti di tutte le età che non possono alimentarsi sufficientemente per via naturale ed è per essi necessaria per la sopravvivenza;
- le procedure NAD sono erogate garantendo le prestazioni necessarie al di fuori dell’ambito ospedaliero, nell’ambiente di vita del paziente, con conseguente riduzione dei tempi di degenza;
- l’erogazione della NAD non può prescindere, secondo i principi della ClinicalGovernance, dal coinvolgimento sistematico e costante di una Unità di Nutrizione Artificiale;
- l’erogazione della NAD necessita di una rete assistenziale integrata cui partecipano molteplici strutture e professionalità (strutture per acuti e post-acuti, CAD, strutture sanitarie residenziali territoriali, Medici Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, medici specialisti); questo elemento garantisce l’efficacia, l’efficienza e l’economicità del servizio anche in presenza di un aumento naturale e consistente della domanda legato a fattori epidemiologici;
- l’erogazione della NAD necessita, conseguentemente, di un percorso clinico organizzativo che colleghi in modo efficace i nodi di detta rete;

VISTA la deliberazione n. 604/DG del 03/07/2015, “Definizione percorso NA (Nutrizione Artificiale) – istituzione Equipe per la NA” con la quale la ASL di Rieti ha adottato un percorso per la nutrizione artificiale in linea con quanto previsto dal DCA Lazio n.404/2013;

PRESO ATTO della necessità di revisionare il percorso sulla Nutrizione Artificiale adottato in Azienda con deliberazione n. 604/DG del 03/07/2015 a seguito della recente riorganizzazione aziendale;

VISTO il documento “Percorso Clinico Organizzativo Nutrizione Artificiale – Aggiornamento 2019” (Allegato n.1), prodotto da un gruppo di lavoro costituito da professionisti coinvolti nell’erogazione della NAD (specialisti ospedalieri e medici del territorio);

VISTO il D.L.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;

DATO ATTO che la proposta è coerente con il vigente Piano Triennale Aziendale della Prevenzione della Corruzione e del Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità;

PROPONE

1. **DI ADOTTARE** il documento "Percorso Clinico Organizzativo Nutrizione Artificiale – Aggiornamento 2019"che, come allegato n.1, costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
2. **DI DISPORRE** che il presente atto venga pubblicato nell'albo pretorio on-line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma1, della legge 18.09.2009, n.69 e del D.Lgs. 14.03.2013 n.33

in oggetto

per esteso

IL DIRETTORE GENERALE

Preso atto che:

- il Dirigente sottoscrivendo il presente provvedimento, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della L. n. 20/1994 e ss.mm.ii., assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex art.4, comma2, L. n. 165/2001, nonché garantendo l'osservanza dei criteri di economicità, di efficacia, di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all'art.1, comma 1°, L. n. 241/1990, come modificato dalla L. n. 15/2005. Il dirigente attesta, altresì, che il presente provvedimento è coerente con gli obiettivi dell'Azienda ed assolutamente utile per il servizio pubblico ai sensi dell'art.1, L. n. 20/1994 e ss.mm.ii.;
- il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario f.f. hanno espresso parere positivo con la sottoscrizione dello stesso;

DELIBERA

- di approvare la proposta di cui trattasi che qui si intende integralmente riportata;
- di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo non essendo sottoposto al controllo regionale, ai sensi del combinato disposto dell'art.30 della L.R. n. 18/94 e successive modificazioni ed integrazioni e degli artt.21 e 22 della L.R. 45/96.

Il Direttore Generale
Dott.ssa Mariella D'Innocenzo

La presente Deliberazione è inviata al Collegio Sindacale

in data 31 MAG. 2019

La presente Deliberazione è esecutiva ai sensi di legge

dal 31 MAG. 2019

La presente Deliberazione viene pubblicata all'Albo Pretorio on-line aziendale
ai sensi dell'art.32, comma 1, L.18.09.2009, n.69 e del D.Lgs. 14.03.2013 n.33

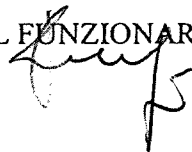
in oggetto

per esteso

in data 31 MAG. 2019

Rieti li 31 MAG. 2019

IL FUNZIONARIO



Percorso Clinico Organizzativo Nutrizione Artificiale

Aggiornamento 2019

A cura della U.O.S.D. Sistemi Informativi Sanitari e Statistica Sanitaria
Responsabile: dr. Giacinto Di Gianfilippo

Partecipanti alle attività di revisione del percorso:

Dr. Andrea Salandri
U.O.C. Medicina Interna

Dr. Maurizio Giovannone
U.O.S.D. Gastroenterologia

Dr.ssa Emma Giordani, Dr. Michele Conti, Dr. Massimo Zannetti
U.O.C. Politica del Farmaco e dei dispositivi medici
UOS Assistenza Farmaceutica Ospedaliere

Dr.ssa Maria Catia Petrini -Assistente Sociale
UOC Direzione Medica

Dr.ssa Nicoletta Veronese, Dr.ssa Pasqualina Cicconetti
Distretto 1 Rieti , Antrodoco, S. Elpidio 1

Dr.ssa Maria Pompei Migliacci, Dr.ssa Tania Severi, Sig. Manuela Fontana
Distretto 2 Salaria-Mirtense

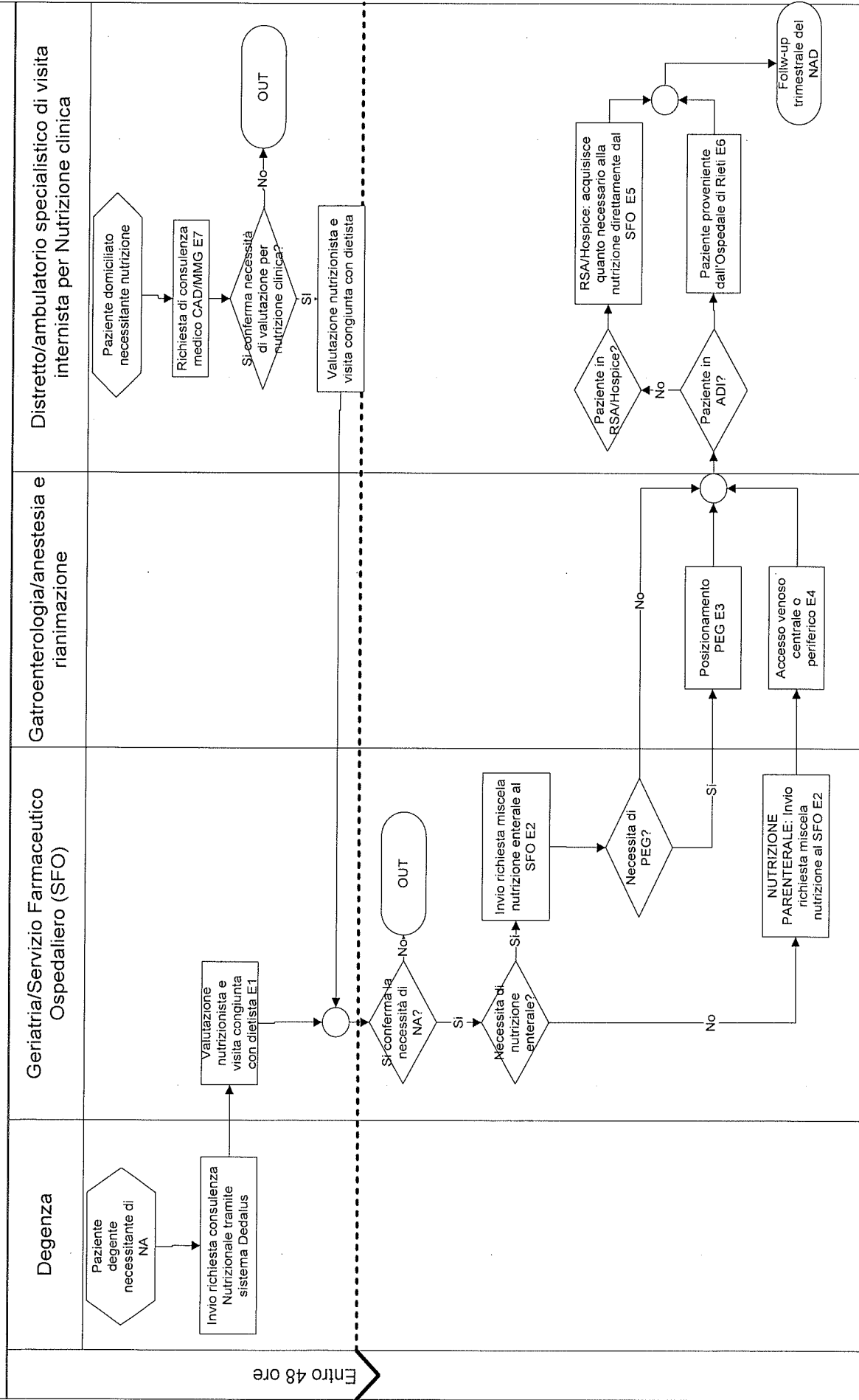
Dr.ssa Alessandra Ferretti
U.O.C. Anestesia e rianimazione

Introduzione

La Nutrizione Artificiale è una procedura terapeutica mediante la quale è possibile soddisfare i fabbisogni nutrizionali di pazienti non in grado di alimentarsi sufficientemente per via naturale.

La Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD), con le sue varianti NPD (Nutrizione Parenterale Domiciliare) e NED (Nutrizione Entrale Domiciliare) è l'insieme delle modalità organizzative della NA condotta a domicilio del paziente, quando consentito dallo stato clinico del paziente e dalla sussistenza di condizioni socio-familiari tali da assicurare sicurezza ed efficacia del trattamento al di fuori dell'ambiente ospedaliero.

Nutrizione Artificiale (NA)



Entro 48 ore

E 1: valutazione nutrizionista.

Viene eseguita entro le 48 ore dal ricovero in caso di difficoltà di alimentazione

CHI	ATTIVITA' MEDICHE	Medico nutrizionista: in base alla presa visione della documentazione clinica, all'esame obiettivo e all'esame antropometrico stabilisce l'indicazione alla NA. Prescrive il piano nutrizionale, dà indicazione sugli accessi venosi/enterici considerati più utili. Prescrive le analisi ematochimiche ritenute necessarie. Medico di reparto: raccoglie il consenso informato quando necessario in relazione al piano nutrizionale definito. Attua quanto richiesto dallo specialista
	ALTRI collaboratori	Dietista: Insieme al nutrizionista esegue la valutazione nutrizionale del paziente in base alla storia clinica, ai dati antropometrici, ai dati ematochimici, all'anamnesi alimentare. Stima del fabbisogno in relazione alla valutazione dello stato di nutrizione e gli obiettivi da raggiungere. Stima di eventuali modificazioni dei fabbisogni nutritivi basati sullo specifico stato patologico (indicazioni alla NA), la terapia medico chirurgica (NA pre e post operatoria) la durata prevista dall'incapacità di alimentarsi (NA di transizione, svezzamento). Compilazione della cartella nutrizionale per la raccolta dei dati relativa all'anamnesi ed al programma nutrizionale. Scelta delle formule più adatte al supporto artificiale, in base alla valutazione nutrizionale precedentemente svolta, elaborazione del programma nutrizionale iniziale (modalità di somministrazione e progressione nel tempo) tenendo conto delle esigenze del paziente e del nucleo familiare sulla finalità del trattamento dietetico e sugli obiettivi perseguiti dal piano nutrizionale.
DOCUMENTI	DOCUMENTAZIONE CLINICA DA PRODURRE	Compilazione di una cartella specifica di presa in carico, con inquadramento del paziente. Prescrizione, se necessario, di miscela nutrizione enterale o parenterale. Definizione della eventuale necessità di posizionamento di PEG o di accessi centrali
OBIETTIVI	TRAGUARDI SANITARI	Garantire e programmare una adeguata nutrizione al paziente

E2: invio richiesta e preparazione miscele nutrizionali dal servizio farmaceutico ospedaliero

CHI	ATTIVITA'	Farmacista: eroga la prescrizione nutrizionale, controlla la qualità e opera la farmaco/dispositivovigilanza
	ALTRI collaboratori	
DOCUMENTI	DOCUMENTAZIONE CLINICA DA PRODURRE	Modulo regionale di prescrizione nutrizionale (vedi i modelli allegati: mod.1, mod.3 e mod.4)
OBIETTIVI	TRAGUARDI SANITARI	Fornire al paziente la nutrizione necessaria

E3: posizionamento PEG/SNG

CHI	ATTIVITA'	Nutrizionista: in caso di necessità di una nutrizione enterale tramite PEG/sondino, richiede una valutazione gastroenterologia. Qualora ritenuto necessario il posizionamento della PEG/sondino, monitora i successivi step nutrizionali Gastroenterologo: se a seguito della consulenza si conferma l'opportunità della necessità di un posizionamento di una PEG/sondino. Per la PEG, qualora necessaria, il gastroenterologo provvede all'apertura di un DH. Nel caso di un SNG, il suo posizionamento avviene nel contesto dell'esecuzione di una gastroscopia.
	ALTRI collaboratori	
DOCUMENTI	DOCUMENTAZIONE CLINICA DA PRODURRE	Apertura di cartella in caso di DH, semplice referto endoscopico in caso di SNG. Per la sostituzione della PEG con bottone o PEG a basso profilo, la prima a cura della gastroenterologia, le successive sostituzioni a cura dell'infermiere ADI (previo addestramento).
OBIETTIVI	TRAGUARDI SANITARI	Fornire al paziente critico una modalità corretta di nutrizione

E4: accesso venoso centrale o periferico

CHI	ATTIVITA'	Nutrizionista: in caso di necessità di un accesso venoso centrale o periferico il nutrizionista richiede una valutazione anestesiological Anestesista: nel paziente ricoverato in rianimazione è il rianimatore che provvede al suo fabbisogno nutrizionale. Al momento del trasferimento nel reparto di degenza ordinaria il percorso è quello tradizionale facente capo al nutrizionista. Nel paziente necessitante di midline/PIC/accesso centrale l'anestesista effettua la consulenza ed eventuale posizionamento di un accesso centrale o periferico.
	ALTRI collaboratori	
DOCUMENTI	DOCUMENTAZIONE CLINICA DA PRODURRE	Richiesta consulenza rianimatore attraverso applicativo dedalus
OBIETTIVI	TRAGUARDI SANITARI	Fornire al paziente la nutrizione necessaria

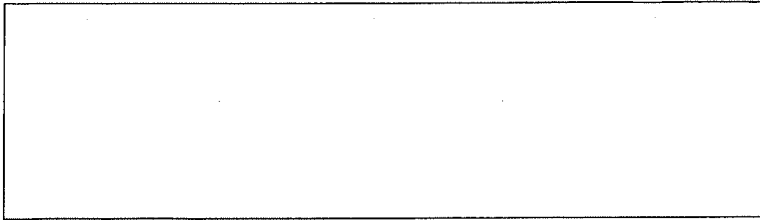
E5: L'assistenza NAD presso gli Hospice e RSA, è garantita tramite fornitura diretta dalla UOS SFO

E6: Paziente ospedalizzato

CHI	ATTIVITA'	<p>Il nutrizionista compila piano terapeutico che il reparto provvederà ad inviare alla UOS farmacia ospedaliera della UOC PFDM entro le ore 13.30 dal lunedì al sabato. In alternativa, in situazioni particolari che determinino una dimissione fuori dagli orari sopradescritti, provvede direttamente il reparto di appartenenza utilizzando le proprie scorte e notificando alla UOS farmacia ospedaliera per il relativo reintegro.</p> <p>Le scorte fornite all'atto della dimissione devono avere valenza per 7 giorni.</p> <p>L'assistente sociale, si raccorda con la UO di degenza a seguito della richiesta di consulenza, verifica l'attivazione ADI e l'esistenza di una rete di supporto assistenziale; si interfaccia con il Distretto di competenza almeno 48 ore prima della dimissione per tutti i fabbisogni necessari per la presa in carico. La pompa di infusione viene fornita dal servizio ADI previo accordo all'atto della dimissione</p>
	ALTRI collaboratori	
DOCUMENTI	DOCUMENTAZIONE CLINICA DA PRODURRE	Piano terapeutico
OBIETTIVI	TRAGUARDI SANITARI	Fornire al paziente la nutrizione necessaria a domicilio

Di norma il paziente dimesso da altra struttura dovrebbe avere una fornitura necessaria per la nutrizione pari ad almeno 3 giorni. Poiché spesso le strutture extraprovinciali non ottemperano tale normativa, si è definita una PEC dedicata a cui tali strutture possono richiedere la presa in carico nutrizionale almeno 48 ore prima della dimissione del paziente. Sulla PEC va allegato il modulo regionale con la richiesta di presa in carico. Sarà compito del medico nutrizionista e della sua equipe contattare i famigliari ed attivare la presa in carico.

E7: il medico di base può richiedere consulenza del nutrizionista tramite impegnativa con prenotazione tramite CUP o, in via del tutto eccezionale e per la sola urgenza/emergenza, accesso diretto. Il CAD può contattare il nutrizionista tramite PEC dedicata, tramite assistente sociale ospedaliera.



**Alla Equipe di Nutrizione
Artificiale Domiciliare della ASL**

Timbro della struttura proponente

DA CONSEGNARE ENTRO SETTE GIORNI

PROPOSTA DI NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE

Struttura proponente: _____

Reparto: _____

Tel: _____ Fax: _____

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome: _____ Nome: _____

Luogo e data di nascita: _____ Cod. Fiscale/Regionale _____

Indirizzo di residenza: _____

Tel: _____ ASL di residenza: _____

Indirizzo del domicilio: _____
(specificare se diverso da quello di residenza)

Patologia di base: _____

Altezza: _____ Peso abituale (prima della patologia): _____ Peso attuale (anche solo stimato): _____

INDICAZIONE ALLA NAD:

- | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Neoplasia capo collo | <input type="checkbox"/> | Neoplasia +
marcata anoressia | <input type="checkbox"/> | Mal. Infiamm.
Intestinali | <input type="checkbox"/> | Malattia cronico
degenerativa SNC | <input type="checkbox"/> |
| Neoplasia
esofago/stomaco/duodeno | <input type="checkbox"/> | S. da intestino corto | <input type="checkbox"/> | Enteropatia post-
attinica / postchemio | <input type="checkbox"/> | Anoressia mentale | <input type="checkbox"/> |
| Carcinosi peritoneale | <input type="checkbox"/> | Fistole digestive | <input type="checkbox"/> | Malnutrizione | <input type="checkbox"/> | Discinesia
deglutizione a base
neurologica | <input type="checkbox"/> |

Altro (specificare) _____

ANALISI OBBLIGATORIE¹

Data: _____

Creatininemia		GGT		Calcio	
Glicemia		Fosfatasi alcalina		Fosforo	
Azotemia		Sodio		Hb	
Albuminemia		Potassio		Leucociti	
ALT		Cloro		Linfociti	
AST		Magnesio			

¹ Allegare al modulo copia delle analisi oppure trascrivere i dati.
MOD. 1

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO: _____

ALTRE TERAPIE: _____

PRODOTTO PER NUTRIZIONE ARTIFICIALE UTILIZZATO PRESSO LA
STRUTTURA PROPONENTE: _____
(quantità/die): _____

INDICE DI KARNOFSKY: _____

- | |
|---|
| 100 Normale. Non ha segni o sintomi di malattia. |
| 90 Capace di attività normale. Lievi sintomi o segni di malattia. |
| 80 Attività normale con sforzo. Alcuni sintomi o segni di malattia. |
| 70 Può accudire a se stesso. Incapace di condurre attività normale o lavoro attivo. |
| 60 Richiede assistenza occasionale, ma è in grado di accudire alla maggior parte delle proprie necessità. |
| 50 Richiede notevole assistenza e frequenti prestazioni mediche. |
| 40 Costretto a letto. Richiede assistenza e cure speciali. |
| 30 In condizioni serie. E' indicata l'ospedalizzazione. |
| 20 In condizioni gravi. E' necessaria l'ospedalizzazione ed un intenso trattamento generale di supporto. |
| 10 In condizioni gravissime. Progressione rapida della malattia. |
| 0 Deceduto. |

SE PATOLOGIA NEOPLASTICA

Sede primitiva della neoplasia: _____

Referto istologico: _____

Classificazione TNM: _____

TIPO DI ACCESSO PER LA NAD:

Sonda naso gastrica Sonda naso-digiunale PEG Data posizionamento: _____
Gastrostomia chirurgica Enterostomia chirurgica PEJ _____
Altro (specificare) _____ Ø sonda Ch/Fr: _____
specificare, la marca, il modello e il codice identificativo del dispositivo: _____

Tipo port (totalmente impiantato) CVC tunnelizzato con porzione extravascolare Data posizionamento: _____
Altro (specificare) _____
specificare, la marca, il modello e il codice identificativo del dispositivo: _____

Timbro e firma del medico richiedente

Logo
Intestazione

PRESCRIZIONE NUTRIZIONE ARTIFICIALE PARENTERALE DOMICILIARE						
Nominativo assistito		Data nascita		Comune di residenza		
Domicilio (indicare se diverso dalla residenza)						
Codice fiscale		COD. ESENZ.		telefoni		
Diagnosi / indicazione NA						
Necessità solo dei prodotti <input type="checkbox"/>		Necessità anche dell'assistenza infermieristica a domicilio <input type="checkbox"/>				
Kcal Non Proteiche	Glucosio (gr.)	Lipidi (gr.)		Aminoacidi (gr.)		
		MCT/LCT		Standard Selettivi		
		MCT/LCT/ ω 3		Essenziali.....Ramificati.....		
				Auxologici.....		
Volume cc.	sodio (mEq.)	Potassio (mEq.)	Calcio (mEq.)	Magnesio (mEq.)	Cloro (mEq.)	Fosfato (mEq.)
<i>vitamine (tipo e quantità)</i>		<i>Insulina R (U./die)</i>		<i>Oligoelementi (cc/volte a settimana separatamente)</i>		
<i>Tipo di sacca commerciale</i>		<i>Insulina R (U./die)</i>	<i>vitamine (tipo e quantità)</i>	<i>Oligoelementi (cc/volte a settimana separatamente)</i>		
Da indicare in caso di sacca priva di elettroliti o se comunque da integrare	sodio (mEq.)	Potassio (mEq.)	Calcio (mEq.)	Magnesio (mEq.)	Cloro (mEq.)	Fosfato (mEq.)
TIPO POMPA e DEFLUSSORE (1/DIE) CONSIGLIATI (O ANALOGA PER USO PARENTERALE)						
<i>Pezzi/mese</i>						
<i>Ago Huber (o Gripper) G.....</i>	<i>Tappini Luer-lock sterili monouso</i>	<i>Siringhe 10 cc</i>		<i>Sol. Fisiol. Fl. 10 cc</i>		
<i>Sol. Clorexidina 2% / iodio povidone</i>	<i>Cerotto con tamponi ster.</i>	<i>Garze sterili 10 x 10</i>		<i>Eparina sodica 5000 U/ml</i>		

Composizione sacca galenico / magistrale

N.B. per ogni problema il farmacista può contattarci ai recapiti indicati in testata.

REGIME DI SOMMINISTRAZIONE DIURNO / NOTTURNO / CONTINUO (cancellare le voci che non inter.)

DURATA PREVISTA DEL TRATTAMENTO: giorni.....

Necessità di Refrattometro +strisce +lancette /mese: sì / no

VELOX DI SOMMINISTRAZIONE:

data

ml...../ora.....
timbro e firma del medico

PRESCRIZIONE NUTRIZIONE ARTIFICIALE ENTERALE DOMICILIARE

Nominativo assistito		Data nascita	Comune di residenza	
Domicilio (indicare se diverso dalla residenza)				
Codice fiscale	COD. ESENZ.		telefoni	
Diagnosi / indicazione NA				
Necessità solo dei prodotti <input type="checkbox"/>		Necessità anche dell'assistenza infermieristica a domicilio <input type="checkbox"/>		

Dieta formula

Prodotto 1	cc / die	Prodotto 2	cc / die
Si possono utilizzare prodotti equivalenti <input type="checkbox"/>		Non si possono usare prodotti equivalenti <input type="checkbox"/>	
VOLUME DI ACQUA POTABILE / DIE e modalità di somministrazione:			

Fornire oltre alle miscele nutrizionali una nutripompa ed 1 deflussore/die, compatibile con il tipo di pompa e con il tipo di confezione delle miscele nutrizionali disponibili. Per le confezioni in bottiglia di vetro e plastica da 500 cc o lattina da 250 cc è indispensabile fornire anche 1 sacca/die, preferibilmente del tipo integrale (cioè compresa del deflussore). Per le caratteristiche del paziente ed il regime di somministrazione prescelto si evidenzia in ogni caso:

- Che la pompa deve essere del tipo portatile con bag in grado di contenere anche una sacca da 1000/1300/2000 cc (cancellare la voce che non interessa)
- Che la pompa può essere anche di discreto ingombro, applicabile ad un asta per fleboclisi (infusione prevalentemente notturna o comunque in ambito domiciliare in paziente con scarsa mobilità)

SI SEGNALE AD OGNI BUON FINE IL TIPO DI POMPA ED IL DEFLUSSORE CON CUI E' STATO AVVIATO IL TRATTAMENTO:

--	--

		Pezzi / mese			
Siringa cono		Siringhe 20 cc			
catetere 50 cc		cerotto			
Garze 10x10					
Altro materiale	Fr/Ch	tipo			Pezzi/anno
sondino NG					
Sonda gastrostomia					

Necessità di Refrattometro +strisce +lancette /mese: si / no

N.B. per ogni problema il farmacista può contattarci ai recapiti indicati in testata.
REGIME DI SOMMINISTRAZIONE DIURNO / NOTTURNO / CONTINUO (cancellare le voci che non inter.)
DURATA PREVISTA DEL TRATTAMENTO: giorni.....
VELOX DI SOMMINISTRAZIONE: ml...../ora.....
 data

timbro e firma del medico