

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI

Via del Terminillo 02100 Rieti

Farmacia Ospedaliera (UOC Politiche del farmaco e dei dispositivi medici)

Tel. 0746/278240 Fax 0746/278538

Modulo per la richiesta di DIETE PER SONDA

UO RICHIEDENTE:.....CENTRO DI COSTO.....

NOMINATIVO ASSISTITO.....CARTELLA CLINICA N°.....

DATA E LUOGO DI NASCITA.....

PRESCRIZIONE:.....

NOME MISCELA ENTERALE	CODICE OLIAM	PEZZI RICHIESTI	NOTE
NUTRISON ADVANCED CUBISON 1000ML 8PZ/CF	52807		DECUBITI
NUTRISON ADVANCED DIASON 500ML 12PZ/CF	33162		DIABETE
NUTRISON ADVANCE PEPTISORB 1000ML 8PZ/CF	11340		MALASSORB.
NUTRISON ENERGY 1000ML 8PZ/CF	11335		
NUTRISON MULTIFIBRE 1000ML 8PZ/CF	11326		
NUTRISON STANDARD 1000ML 8PZ /CF	11315		
PEPTAMEN NEUTRO SMARTFLEX 500ML 12PZ/CF	47331		MALASSORBIM.
NUTRISON SOYA 1000ML 8PZ/CF	24224		ALLERGIA ALLE PROTEINE DEL LATTE VACCINO
ALTRO:			

<i>DISPOSITIVI CORRELATI</i>	CODICE OLIAM	PEZZI RICHIESTI	NOTE
DEFLUSSORI X POMPA INFINITY 30PZ/CF*	54939		Preferire sempre i deflussori alle sacche
SACCA CON DEFL.FLOCARE INFINITY 2000ML 10PZ/CF*	50150		
SONDINO NASOINTESTINALE BENCHMARK CH8 1PZ	20749		
SONDINO NASO GASTRICO CH 8 1PZ	20677		
SONDINO NASO GASTRICO CH 10 1PZ	20678		
SONDINO NASO GASTRICO CH 12 1PZ	20700		
SONDINO NASO GASTRICO CH 14 1PZ	20701		
SIRINGHE 60ML ENFIT 30 PZ/CF*	53407		
CONNETTORE A DUE VIE PER PEG 12FR ENFIT	56669		
CONNETTORE A DUE VIE PER PEG 14FR ENFIT	56670		

***sostituire ogni 24 h** come raccomandato dalle linee guida SINPE per ridurre i rischi di contaminazione batterica

Data.....

Timbro e firma del medico

Equipe Nutrizione Artificiale (dott.Salandri o suo sostituto)*

.....

*Medico della UO solo in caso di prosecuzione

NB: Il modulo deve essere compilato in ogni campo