

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 supplementi nutrizionali orali (ONS) e addensanti

MEDICO RICHIEDENTE.....

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

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

MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA: SARCOPENIA
 MALNUTRIZIONE CALORICA
 DISFAGIA

NOME	CODICE OLIAM*	PEZZI RICHIESTI	NOTE
SUPPORTAN 4PZ/CF	30189 CAPPUCCINO		MALNUTRIZIONE PROTEICA ED ENERGETICA
SUPPORTAN 4PZ/CF	30188 TROPICALE		MALNUTRIZIONE PROTEICA ED ENERGETICA
RESOURCE DIABET 4PZ/CF	30195 FRAGOLA		DIABETE
RESOURCE DIABET 4PZ/CF	30196 VANIGLIA		DIABETE
RESOURCE REPAIR 4PZ/CF	30194 CAFFE'		LESIONI, DECUBITI
RESOURCE REPAIR 4PZ/CF	30193 VANIGLIA		LESIONI, DECUBITI
DELICAL CREME* 4PZ/CF	50664 CIOCCOLATO		MALNUTRIZIONE PROTEICA ASSOCIATA A DISFAGIA
DELICAL CREME* 4PZ/CF	30264 CAFFE'		MALNUTRIZIONE PROTEICA ASSOCIATA A DISFAGIA
DELICAL CREME* 4PZ/CF	30265 VANIGLIA		MALNUTRIZIONE PROTEICA ASSOCIATA A DISFAGIA
NUTILIS ACQUA GEL* 4PZ/CF	30237 ARANCIA		DISFAGIA, MAX 4PZ/DIE
NUTILIS ACQUA GEL* 4PZ/CF	30236 MELA		DISFAGIA, MAX 4PZ/DIE
NUTILIS ACQUA GEL *4PZ/CF	30235 PESCA		DISFAGIA, MAX 4PZ/DIE
NUTILIS ACQUA GEL *4PZ/CF	30234 RIBES		DISFAGIA, MAX 4PZ/DIE
NUTILIS ADDENSANTE IN POLVERE* (1 BARATTOLO)	30238 NEUTRO		DISFAGIA, MAX 1PZ/SETTIM. GUSTO NEUTRO
ALTRO:			

NB: GUSTI IN BASE ALLA DISPONIBILITA'

* SOLO PER PAZIENTI DISFAGICI

Data.....

Timbro e firma del medico U.O. richiedente

.....

NB: Il modulo deve essere compilato in ogni campo