

## 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	CODICE OLIAM	PEZZI RICHIESTI	NOTE
NUTRISON ADVANCED CUBISON 1000ML 8PZ/CF	52807		DECUBITI
NUTRISON ADVANCED DIASON 500ML 12PZ/CF	33162		DIABETE
NOVASOURCE DIABET DUAL GIBALAN. 500ML 12PZ/CF	36074		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:			
<b>DISPOSITIVI CORRELATI</b>			
DEFLUSSORI X POMPA INFINITY 30PZ/CF	54939		
SACCA CON DEFL. FLOCARE INFINITY 2000ML 10PZ/CF	50150		
SONDINO NASOINTESTINALE BENCHMARK CH8 1PZ	20749		
SONDINO NASO GASTRICO CH 8 1PZ	20677		
SONDINIO NASO GASTRICO CH 10 1PZ	20678		
SONDINIO NASO GASTRICO CH 12 1PZ	20700		
SONDINIO NASO GASTRICO CH 14 1PZ	20701		
CONNETTORE DI TRANSIZIONE ENFIT 1PZ	52817		
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		

Data.....

Timbro e firma del medico  
Equipe Nutrizione Artificiale\*

Firma del Farmacista

.....  
 \*Oppure Timbro e firma del medico di Reparto richiedente ma **solo in caso di prosecuzione**