

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
FORTIFIT 1PZ	49516 VANIGLIA o FRAGOLA		SARCOPENIA
DIASIP 4PZ	11375 FRAGOLA		DIABETE
	11376 VANIGLIA		
FORTIMEL COMPACT PROTEIN 4PZ/CF	57746 BANANA		MALNUTRIZIONE PROTEICA ED ENERGETICA
FORTIMEL COMPACT PROTEIN 4PZ/CF	57745 FRAGOLA		MALNUTRIZIONE PROTEICA ED ENERGETICA
FORTIMEL COMPACT PROTEIN 4PZ/CF	57748 FRUTTI ROSSI		MALNUTRIZIONE PROTEICA ED ENERGETICA
FORTIMEL COMPACT PROTEIN 4PZ/CF	57747 NEUTRO		MALNUTRIZIONE PROTEICA ED ENERGETICA
FORTIMEL COMPACT PROTEIN 4PZ/CF	57743 VANIGLIA		MALNUTRIZIONE PROTEICA ED ENERGETICA
FORTIMEL CREME**	11359 CIOCCOLATO		MALNUTRIZIONE PROTEICA ASSOCIATA A DISFAGIA
	11360 FR. BOSCO		
	11336 CAFFE'		
	11337 VANIGLIA		
RESOURCE BEVANDA GELIFICATA** 4PZ/CF	55167 GUSTI VARI		DISFAGIA, MAX 4PZ/DIE
ADDENSANTE RESOURCE TICKEN UP** 1PZ	55208 NEUTRO		DISFAGIA, MAX 1PZ/SETTIM. GUSTO NEUTRO
ALTRO§: _____			

*GUSTI IN BASE ALLA DISPONIBILITA' ** SOLO PER PAZIENTI DISFAGICI

Data.....

Timbro e firma del medico di Reparto richiedente

.....

Firma del Farmacista

.....

NB: Il modulo deve essere compilato in ogni campo

§ CUBITAN 200ml (Decubiti), RENILON 4.0 125ml (Insufficienza renale acuta o cronica in pre-dialisi, solo sotto controllo dello specialista), RESOURCE HP/HC 200ml (malnutrizione proteica ed energetica)