



**PRESCRIZIONE/RICHIESTA DI FORNITURA ADDENSANTI**

(La prescrizione puo' esser fatta per massimo 3 mesi di fornitura)

Spett. Farmacia

---

Data ...../...../.....

prima prescrizione

rinnovo (trimestrale)

variazione

Proposta n° (se applicabile) \_\_\_\_\_

<b>DATI PAZIENTE:</b>	
COGNOME E NOME.....	
DATA NASCITA.....	COD. FISCALE.....
INDIRIZZO RESIDENZA.....	
INDIRIZZO DOMICILIO.....	
TELEFONO .....	TELEFONO .....
E-MAIL .....	

**INDICAZIONI AL TRATTAMENTO**

**IL PAZIENTE E' DISFAGICO**

La prescrizione standard deve prevedere l'utilizzo di polveri addensanti e riservare l'utilizzo di acqua gelificata ai soli casi di particolare criticità gestionale accertata dai prescrittori (es. intolleranza, pazienti pediatrici) e nei pazienti che mantengono attività al di fuori di casa e/o dei luoghi di cura

EVENTUALI ALTRE OSSERVAZIONI .....

Caratteristiche del supplemento (Allegato 8)	Fabbisogno giornaliero (grammi/ml)
1. ....	1. ....
2. ....	2. ....
3. ....	3. ....



ASST Papa Giovanni XXIII

Data presunta dimissione (se applicabile) ...../...../.....

Il paziente ha già assunto per  $\geq 5$  giorni la terapia nutrizionale prescritta dimostrando tollerabilità **si**  **no**   
Se si, indicare il nome commerciale del prodotto \_\_\_\_\_

Richiesta fornitura per mesi: \_\_\_\_\_

MEDICO PRESCRITTORE

COGNOME E NOME..... COD. FISCALE .....

LUOGO DI LAVORO/ STRUTTURA SANITARIA .....

TELEFONO ..... CELLULARE.....

RUOLO  Medico Prescrittore di UNC  Medico Prescrittore di TNM

E-MAIL .....

Timbro e firma del Medico Prescrittore dell'UNC/TNM

.....

AUTORIZZAZIONE DA PARTE DEL DISTRETTO DI _____
DATA _____
Timbro e firma del Medico _____

<b>Da compilare da parte della Farmacia:</b>
Prodotto commerciabile disponibile _____
Se il prodotto è diverso da quello già testato, e' stata formalmente accettata dal clinico la sostituzione? <b>si</b> <input type="radio"/> <b>no</b> <input type="radio"/> (allegare documentazione)
Fabbisogni mensili _____
Data attivazione fornitura _____ Scadenza _____
Annotazioni _____
Firma del Farmacista _____ Data _____