

**PRESCRIZIONE PER LA FORNITURA SUPPLEMENTI NUTRIZIONALI ORALI (ONS)**

(La prescrizione è valida per massimo 3 mesi di fornitura)

Spett. Farmacia _____

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

 prima prescrizione rinnovo (trimestrale) variazione

Proposta n° (se applicabile) _____

DATI PAZIENTE:

COGNOME E NOME.....

DATA NASCITA..... COD. FISCALE.....

INDIRIZZO RESIDENZA.....

INDIRIZZO DOMICILIO.....

TELEFONO CELLULARE.....

E-MAIL

INDICAZIONI AL TRATTAMENTO

PATOLOGIA:

RISCHIO NUTRIZIONALE NRS

Screening preliminare		SI	NO	Screening preliminare		SI	NO
1	Il BMI (Kg/m ²) è < 20?			3	Il Paziente ha ridotto l'alimentazione?		
2	Il Paziente ha perso peso negli ultimi 3 mesi?			4	Il paziente è molto grave?		

Se almeno una risposta è "SI" passare allo screening completo

Alterazione dello stato nutrizionale

Punteggio		Stato nutrizionale		Alimentazione nell'ultima settimana	
0	Normale	Perdita di peso < 5% negli ultimi 3 mesi e BMI ≥ 20		e	Invariata o solo leggermente diminuita
1	Lieve	Perdita di peso ≥ 5% negli ultimi 3 mesi e BMI ≥ 20		o	Diminuita moderatamente
2	Moderata	Perdita di peso ≥ 5% negli ultimi 3 mesi o BMI 18.5-19.9 in paziente debilitato		o	Diminuita sensibilmente
3	Grave	Perdita di peso ≥ 5% nell'ultimo mese o ≥10% negli ultimi 3 mesi o BMI < 18.5 in paziente debilitato		o	Quasi nulla

Gravità e Malattia (fabbisogni aumentati)

Punteggio		Esempi di patologie
0	Normale	Patologie assente
1	Lieve	Paziente con patologia cronica (cirrosi, BPCO, dialisi, diabete, oncologici) o con complicanze acute di grado moderato
2	Moderato	Chirurgia addominale maggiore, stroke, polmonite grave
3	Grave	Trauma cranico, Trapianto di midollo osseo

Valutazione finale NRS 2002:

A.	Valutazione dello stato nutrizionale (0 -3)	
B.	Gravità di malattia (0 - 3)	
Aggiungere 1 punto se età > 70 anni		
		Punteggio Totale

UOC Farmacia

MOD37FAR-SFT PRESCRIZIONE PER LA FORNITURA SUPPLEMENTI NUTRIZIONALI ORALI (ONS) - ALLEGATO 4 "Nutrizione Artificiale Domiciliare: Documento di percorso assistenziale condiviso" (Decreto Regione Lombardia N. 14274 del 25/10/2021)

Data: 01/06/2022

rev. 00

pag. 1 di 2



Caratteristiche del supplemento (Allegato 7)	Fabbisogno giornaliero (KCal)
<input type="radio"/> Liquido ipercalorico <input type="radio"/> Liquido ipercalorico iperproteico <input type="radio"/> Liquido normocalorico iperproteico <input type="radio"/> Crema ipercalorica <input type="radio"/> Crema ipercalorica iperproteica <input type="radio"/> Crema normocalorica iperproteico <input type="radio"/> Altro _____	1. 2. 3.

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

Il paziente ha già assunto per ≥ 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 _____

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