

**RICHIESTA NUTRIZIONE PARENTERALE A DOMICILIO E IN RSA/RSD**

(Inviare al PreSST di residenza)

Il/La Sig./ra _____ Nato/a a _____

il _____ Comune di residenza _____ Domicilio _____

Via _____

Codice Fiscale _____ Telefono _____

Diagnosi _____

Necessita di **NUTRIZIONE PARENTERALE:** dal giorno _____ NPT già in corso **INIZIO** → Addestramento in data..... effettuerà addestramento tramite ADI/RSA/RSD/SERVICE **RINNOVO** **VARIAZIONE** **SOSPENSIONE** **FINE DELLA TERAPIA**Via di somministrazione: **PERIFERICA** **CENTRALE**Metodo di somministrazione: **POMPA** **A CADUTA con regolatore di flusso**

Tipo di sacca:

 SACCA PREMISCELATA STANDARD o SACCA DI SOLUZIONE GLUCOSALINA

→ compilare l'allegato All1MOD32FAR-SFT – Attivazione Servizio Domiciliare (Nutrizione Parenterale)

 SACCA A FORMULA PERSONALIZZATA (*allegare la prescrizione con la formula completa*)Durata prevista del trattamento: _____ (*massimo un anno*)

data _____

Timbro e firma Medico Specialista Autorizzato

PARTE RISERVATA AL MEDICO PRESCRITTORE - DA SCRIVERE STAMPATELLO:

Dr. ASST/Presidio di

Unità Organizzativa Tel.

PARTE RISERVATA ALLA ASST Polo Territoriale

Ai sensi della DGR N° V/577 del 06/08/92 , della DGR n° X/4702 del 29/12/2015 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2016"

SI AUTORIZZA LA PRESCRIZIONE**PAZIENTE INVALIDO 100%**

DATA _____

IL MEDICO ASST _____

Inviare il modulo a UOS Servizio Farmaceutica Territoriale - UOC Farmacia - ASST Papa Giovanni XXIII Via Borgo Palazzo 130, Bergamo (fax 0352676383, mail sft.segreteria@asst-pg23.it)