

MODULO DI ATTIVAZIONE NED (Nutrizione Enterale Domiciliare)

Da compilare a cura del reparto che ha in carico il paziente candidato alla NED **almeno** 24 ore prima della dimissione o dal Medico di Medicina Generale se il paziente è a domicilio e da trasmettere via mail entro le ore 13 dal lunedì al venerdì.

DATA DI COMPILAZIONE			
COGNOME E NOME PAZIENTE		CODICE FISCALE	
INDIRIZZO (domicilio)			
COMUNE	TELEFONI		
Struttura e reparto che ha iniziato la NE		Medico di riferimento del reparto o MMG	
		Telefono	
Data dimissione prevista			
PARENTE DI RIFERIMENTO	Nome e Cognome	Grado parentela	Telefono
DIAGNOSI			

VIA DI ACCESSO	SNG	SND	PEG	RIG/PRG	PEJ	GASTROSTOMIA	DIGIUNOSTOMIA
----------------	-----	-----	-----	---------	-----	--------------	---------------

TIPO DI DISFAGIA	NEUROMOTORIA	PER I LIQUIDI	
	ORGANICA	PER I SOLIDI	
GRADO DI DISFAGIA	PARZIALE	TOTALE	
METODO DI SOMMINISTRAZIONE	POMPA	GRAVITA' A CADUTA	BOLO CON SCHIZZETTONE
NE IN CORSO	SI	NO	DA GIORNI:
MISCELA IN USO (NOME COMMERCIALE)			
Numero flaconi-sacche			
Acqua per idratazione ml: (da usare a boli nella giornata, anche come lavaggio sonda)			
SETS	VELOCITA'	ml/h	gtt../min
ALIMENTAZIONE PER OS	SI	NO	

IL Medico del Reparto o IL Medico Curante Dr:	Tel:	<i>Timbro e firma</i>
	Cell:	
	Fax:	
	E-mail:	

Riservato alla Struttura di Dietetica e Nutrizione Clinica per approvazione

Medico Referente della NED	Il Responsabile dell' U.O.