

**PRESCRIZIONE PER LA FORNITURA SUPPLEMENTI NUTRIZIONALI ORALI (ONS)
A PAZIENTI PEDIATRICI**

(La prescrizione puo' esser fatta 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 STRONGKIDS (1-18 anni)

Punteggio		SI	NO
2	È presente una patologia sottostante che determina un rischio nutrizionale * o è in programma un intervento di chirurgia maggiore)?		
* <u>condizioni cliniche che possono determinare un rischio nutrizionale:</u> anoressia nervosa, cardiopatie croniche, celiachia, chirurgia maggiore, dismaturità/prematurità, displasia broncopolmonare, fibrosi cistica, fistole digestive, malattie infiammatorie intestinali, malattie infettive (AIDS), malattie metaboliche, neoplasia, pancreatite, patologie epatiche croniche, patologie muscolari, patologie renali croniche, ritardo mentale, sepsi/infezione, sindrome dell'intestino corto, traumi, ustioni, altro specificato dal medico.			
1	Nel corso dell'esame obiettivo, il paziente rivela i segni clinici di uno stato nutrizionale povero?		
1	È presente una delle seguenti condizioni? - Frequenti episodi di diarrea (5 scariche/die) e/o vomito (> 3 volte/die) - Intake nutrizionale ridotto negli ultimi giorni - Preesistente intervento nutrizionale - Incapacità di assumere un intake nutrizionale adeguato a causa del dolore		
1	Nel corso degli ultimi mesi/settimane è stata registrata una perdita di peso o un ritardo di crescita?		

Punteggio	Rischio nutrizionale	Intervento e follow up
4 - 5	Rischio elevato	Si raccomanda un piano di supporto nutrizionale. Considerare la prescrizione di supplementi nutrizionali orali nell'attesa di una conferma dello stato clinico del paziente
1 - 3	Rischio medio	Considerare la necessità di un supporto nutrizionale. Controllare il peso due volte alla settimana e fare una valutazione settimanale dello stato nutrizionale del paziente.
0	Rischio basso	Nessun intervento nutrizionale necessario. Controllare il peso regolarmente e fare una rivalutazione settimanale del paziente

UOC Farmacia



Caratteristiche del supplemento (Allegato 7)	1. Fabbisogno giornaliero (KCal)
<input type="radio"/> Liquido ipercalorico <input type="radio"/> Liquido ipercalorico iperproteico <input type="radio"/> Liquido normocalorico iperproteico	2.
<input type="radio"/> Crema ipercalorica <input type="radio"/> Crema ipercalorica iperproteica <input type="radio"/> Crema normocalorica iperproteico	3.
<input type="radio"/> Altro _____	4.

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 no
(allegare documentazione)

Fabbisogni mensili _____

Data attivazione fornitura _____ Scadenza _____

Annotazioni _____

Firma del Farmacista _____ Data _____

UOC Farmacia