



MODULO PER TRATTAMENTO DI NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE

Divisione che effettua la dimissione :

Nome e Cognome.....Data di nascita.....

Indirizzo.....Tel.....

Tessera sanitaria.....

Affetto da

(allegare eventuale documentazione)

Rientra in una delle indicazioni previste dalla commissione regionale per la NAD (Legge Regionale Veneta n° 11 del 10/04/1998 art. 4) riportate nell'allegato al presente modulo.

Il paziente è : stabile critico (barrare la voce corretta)

E' stato ottenuto il consenso informato del paziente o dei suoi tutori.

Il Training è stato effettuato da :.....

La capacità del paziente e/o di un referente (congiunto o vicariante) , di mettere in atto le tecniche richieste alla gestione della NAD è stata verificata dain data.....

Il Medico di Medicina Generale è stato informato del trattamento nutrizione in atto.

La Persona di riferimento per la gestione domiciliare è:.....

Condizioni generali del paziente alla dimissione

Stato di coscienza : Lucido , Confuso , Coma

Mobilità : si sposta da solo , si sposta assistito , non si sposta (o allettato)

Attività di base : autonomo o quasi , dipendente , totalmente dipendente

Sintomatologia attuale

Anoressia Nausea Vomito stipsi Diarrea

Disfagia: solidi , Liquidi , Entrambe

Peso attuale = **Altezza cm** **BEE (H.B.)**

Laboratorio: WBC.....x10⁹/L, RBC.....x10¹²/L, Hb.....g/dL, MCV.....fL,

PLT.....x10⁹/L, Linfociti numero assoluto.....x10⁹/L , Prealbumina..... ,

Transferrina....., AlbuminaAzoturia su urine 24 ore..... ; Glicemia.....,

Creatinina.....,Sodio.....; Potassio.....; Cl....., Calcio.....;

Fosforo.....Mg.....,Fe.....Trigliceridi....., Colesterolo Tot.....

Trattamento Nutrizionale Enterale

Valutazione dalla logopedista (possibile ripresa dell'alimentazione per os: si no

(Allegare eventuale scheda di valutazione)

Tipo dispositivo usato :	Fr	data posiz.	ditta	lotto	materiale
SONDINO NASOGASTRICO					
PEG (gastrostomia endoscopica)					
<input type="checkbox"/> PEJ (digiunostomia attraverso PEG)					
SONDINO NASODIGIUNALE					
<input type="checkbox"/> POSIZIONAMENTO CHIRURGICO					

Tipo dieta	quantità / die	via somministrazione	velocità
1)			
2)			

idratazione ml.....numero/die.....(totale.....)

Trattamento Nutrizionale Parenterale

Possibile ripresa alimentazione per os: si , no

VIA	Tipo catetere , lotto, ditta
: periferica	
centrale – port	
centrale - catetere esterno	
centrale – catetere tunnellizzato	

Tipo Formula:		
nome commerciale formulazione in uso (oppure allegare formulazione)	Quantità ml/die	Data inizio trattamento

Modalità di somministrazione :

<input type="checkbox"/> pompa	Ore infusione	ML /ora
<input type="checkbox"/> boli	N°boli per volta	ML /alla vota
<input type="checkbox"/> caduta	Ore infusione	ML
<input type="checkbox"/> contagocce	Ore infusione	Gocce / min

Materiale di consumo necessario :

	Tipo/ ditta	quantità	Codice
Garze			
Disinfettante			
Guanti			
Cerotti			
Siringhe			
Mascherine			
Teli			
Camici			
Altro			

DATA.....

firma leggibile e timbro del medico

Responsabile della degenza

.....

Allegato

AVVERTENZE

I Pazienti candidati alla nutrizione artificiale domiciliare devono essere inseriti in ADIMED come da direttive regionali. L'attivazione Dell'ADIMED dovrà essere richiesta dal Reparto al Distretto di base di appartenenza del paziente (domicilio effettivo).

La presente richiesta , necessaria per l'inserimento del paziente in NAD , dovrà essere valutata dall'Unità Operativa Semplice di Dietetica e Nutrizione Clinica Territoriale; pertanto debitamente compilata , dovrà essere inviata all'Unità stessa (Montecchio tel 0444/708604 fax 708605, Valdagno tel 0445/423373 fax 423104).

Deliberazione della Giunta Regionale Veneta n° 2634 del 27/07/1999

Capitolo 2:

1) **Paziente Ospedalizzato:** (anche in Ospedali/Cliniche Accreditati o Centri Extra-Regionali): il medico ospedaliero che ha in cura il paziente candidabile alla NAD, compila un apposito modulo, entro 5 giorni almeno dalla data prevista per la dimissione e lo invia al TN di Riferimento dell'azienda ulss dell'assistito il quale, verificato l'eleggibilità del paziente, segnala il caso al Distretto dell'assistito , per eventuale accoglimento in ADIMED... .

Capitolo 4:

Punto E) Per quanto riguarda le indicazioni, un paziente è candidabile alla NAD in presenza di:

- a) – Incapacità , di qualsiasi origine , ad assumere gli alimenti per os, tale da compromettere lo stato nutrizionale
- b) una insufficienza intestinale cronica, che comprometta lo stato nutrizionale con la sola alimentazione orale; questa indicazione deve essere perfezionata dalla verifica, dopo un periodo iniziale di adattamento-stabilizzazione, della mancata indipendenza alimentare
- c) condizioni di malnutrizione, secondarie a malassorbimento, come esito di interventi chirurgici a carico dell'apparato digerente o di gravi patologie digestive, non altrimenti trattabili e/o gestibili dal punto di vista nutrizionale
- d) condizioni di malnutrizione secondarie a gravi malattie neurologiche non altrimenti trattabili e/o gestibili dal punto di vista nutrizionale
- e) pazienti oncologici, inseriti in un protocollo specifico di trattamento, con compromissione dell'assunzione degli alimenti per via orale e/o con malnutrizione, e pazienti affetti da patologia neoplastica con aspettativa di sopravvivenza superiore ai tre mesi
- f) pazienti in attesa domiciliare di trapianto d'organo, che necessitano di mantenere condizioni nutrizionali adeguate in previsione dell'inverno

Punto F) Non sono comunque eleggibili per la NAD tutti i pazienti per i quali la previsione di durata della nutrizione artificiale domiciliare sia inferiore ai 15 giorni.