

ATTIVAZIONE NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE DA OSPEDALE  
(Vale anche per dimissione di paziente in NA da Lungodegenza, Riabilitazione, RSA)

PROPONENTE / MACROSTRUTTURA \_\_\_\_\_

REPARTO \_\_\_\_\_ MEDICO \_\_\_\_\_

RECAPITI TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

Cogn e nome paziente \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

NOME DI UN REFERENTE FAMILIARE \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO DEL FAMILIARE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO COMPLETO DI DOMICILIAZIONE DOPO LA DIMISSIONE \_\_\_\_\_

malattia che richiede la NA \_\_\_\_\_

livello di autonomia I\_I totale I\_I parziale I\_I nullo  
deambulazione I\_I autonoma I\_I assistita I\_I nulla

tipo di accesso artificiale enterale / parenterale:

I\_I SNGastrico I\_I SNDigiunale I\_I PEG I\_I PEJ I\_I digiunost. chir./laparosc  
I\_I ago cannula I\_I midline I\_I PICC  
I\_I CVC esterno (succlavia, giugulare) I\_I CVC tunnelizzato I\_I CVC-port

calibro del dispositivo Fr. /Ch. \_\_\_\_\_

Tipo di connettore del dispositivo

I\_I luer lockmaschio I\_I luer lock femmina I\_I EN-fit I\_I En-lock I\_I cono semplice

I\_I altro (specificare) \_\_\_\_\_

tipo e quantità di formulazione utilizzata in reparto (se galenica allegare prescrizione)

modo e velocità di infusione raggiunta in reparto

I\_I pompa I\_I gravità I\_I boli ml/ora \_\_\_\_\_ gtt/min \_\_\_\_\_

presenza di I\_I drenaggi chirurgici I\_I catetere urinario I\_I urostomia I\_I tracheostomia  
I\_I colo/ileostomia I\_I ventilazione meccanica I\_I diabete

tipo insulina e dosaggi \_\_\_\_\_

altra terapia \_\_\_\_\_

timbro firma proponente \_\_\_\_\_

inoltrare preferibilmente per e-mail: [uonad@aslroma6.it](mailto:uonad@aslroma6.it)