

SI RICHIEDE CONSULENZA NUTRIZIONALE PER

Nome e Cognome _____

CF _____ Et  _____

Indirizzo completo _____

Recapiti telefonici _____

Patologia di base _____

Condizioni generali: Buone Discrete Scadenti Pessime

Stato mentale: lucido apatico confuso stuporoso

Ha un amministratore di sostegno (ADS): SI NO

Se si: Il giudice ha riconosciuto all'ADS anche la capacita a decidere su interventi sanitari SI
 NO

Deambulazione: Normale Cammina con ausilio Sta seduto (solo carrozzina)
 Costretto a letto

Mobilit  Autonomia Ridotta (minima assistenza) Molto limitata
 Immobile

Anoressia / afagia SI NO **Grave Disfagia per** liquidi solidi entrambi

Cachessia SI NO

Ulcere cutanee SI NO **sedi** 1 2 3 pi  di 3

stadio 1 2 3 4

Proteine totali _____ **albuminemia** _____

Pasti completi

Colazione niente 1/4 1/2 3/4 completo

2° colazione niente 1/4 1/2 3/4 completo

Pranzo niente 1/4 1/2 3/4 completo

Merenda niente 1/4 1/2 3/4 completo

Cena niente 1/4 1/2 3/4 completo

Allegare referto (non pi  vecchie di un mese) di Albuminemia, colinesterasi, elettroliti, emocromo, folatemia, vit. B12

Data _____

Richiedente (e recapiti tel.) _____

Recapitare preferibilmente via e-mail all'indirizzo: uonad@aslroma6.it