



**All'UOS Nutrizione Artificiale  
Domiciliare (NAD)  
ASL Roma 1  
Tel. 0677307405/4520  
uo.nad.onrm@aslroma1.it**

**Timbro della struttura proponente**

**DA CONSEGNARE ENTRO SETTE GIORNI**

## PROPOSTA DI NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE

Struttura proponente: \_\_\_\_\_  
 Reparto: \_\_\_\_\_  
 Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
 Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale/Regionale \_\_\_\_\_  
 Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_  
 Tel: \_\_\_\_\_ ASL di residenza: \_\_\_\_\_  
 Indirizzo del domicilio: \_\_\_\_\_  
*(specificare se diverso da quello di residenza)*

Patologia di base: \_\_\_\_\_

Altezza: \_\_\_\_\_ Peso abituale *(prima della patologia)*: \_\_\_\_\_ Peso attuale *(anche solo stimato)*: \_\_\_\_\_

### INDICAZIONE ALLA NAD:

- |                                   |                          |                               |                          |  |                          |  |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Neoplasia capo collo              | <input type="checkbox"/> | Neoplasia + marcata anoressia | <input type="checkbox"/> | Mal. Infiamm. Intestinali              | <input type="checkbox"/> | Malattia cronico degenerativa SNC          | <input type="checkbox"/> |
| Neoplasia esofago/stomaco/duodeno | <input type="checkbox"/> | S. da intestino corto         | <input type="checkbox"/> | Enteropatia post-attinica / postchemio | <input type="checkbox"/> | Anoressia mentale                          | <input type="checkbox"/> |
| Carcinosi peritoneale             | <input type="checkbox"/> | Fistole digestive             | <input type="checkbox"/> | Malnutrizione                          | <input type="checkbox"/> | Discinesia deglutizione a base neurologica | <input type="checkbox"/> |

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

### ANALISI OBBLIGATORIE<sup>1</sup>

Data: \_\_\_\_\_

Creatininemia		GGT		Calcio	
Glicemia		Fosfatasi alcalina		Fosforo	
Azotemia		Sodio		Hb	
Albuminemia		Potassio		Leucociti	
ALT		Cloro		Linfociti	
AST		Magnesio			

<sup>1</sup>  
trascrivere i dati.  
MOD. 1

Allegare al modulo copia delle analisi oppure

**TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO:** \_\_\_\_\_

**ALTRE TERAPIE:** \_\_\_\_\_

**PRODOTTO PER NUTRIZIONE ARTIFICIALE UTILIZZATO PRESSO LA STRUTTURA PROPONENTE:** \_\_\_\_\_  
(quantità/die): \_\_\_\_\_

**INDICE DI KARNOFSKY:** \_\_\_\_\_

100 Normale. Non ha segni o sintomi di malattia.  
90 Capace di attività normale. Lievi sintomi o segni di malattia.  
80 Attività normale con sforzo. Alcuni sintomi o segni di malattia.  
70 Può accudire a se stesso. Incapace di condurre attività normale o lavoro attivo.  
60 Richiede assistenza occasionale, ma è in grado di accudire alla maggior parte delle proprie necessità.  
50 Richiede notevole assistenza e frequenti prestazioni mediche.  
40 Costretto a letto. Richiede assistenza e cure speciali.  
30 In condizioni serie. E' indicata l'ospedalizzazione.  
20 In condizioni gravi. E' necessaria l'ospedalizzazione ed un intenso trattamento generale di supporto.  
10 In condizioni gravissime. Progressione rapida della malattia.  
0 Deceduto.

## SE PATOLOGIA NEOPLASTICA

Sede primitiva della neoplasia: \_\_\_\_\_

Referto istologico: \_\_\_\_\_

Classificazione TNM: \_\_\_\_\_

### TIPO DI ACCESSO PER LA NAD:

Sonda naso gastrica     Sonda naso-digiunale     PEG     **Data posizionamento:**  
Gastrostomia chirurgica     Enterostomia chirurgica     PEJ     \_\_\_\_\_  
Altro (specificare) \_\_\_\_\_    Ø sonda Ch/Fr: \_\_\_\_\_  
**specificare, la marca, il modello e il codice identificativo del dispositivo:**

Tipo port (totalmente impiantato)     CVC tunnelizzato con porzione extravascolare     **Data posizionamento:** \_\_\_\_\_  
Altro (specificare) \_\_\_\_\_  
**specificare, la marca, il modello e il codice identificativo del dispositivo:**