



**All'UOS Nutrizione Artificiale
Domiciliare (NAD)
ASL Roma 1
Tel. 06 60107405/4520
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) _____

ELENCO DELLE ANALISI OBBLIGATORIE DA ALLEGARE ALLA PROPOSTA

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

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:

Timbro e firma del medico richiedente