



SCHEDA RICHIESTA PER NUTRIZIONE PARENTERALE

| | | | |
|----------------------------|------------------|---------------------|---|
| Reparto/Servizio | : _____ cc _____ | DATA | _____ |
| PAZIENTE | : _____ | SESSO | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Data di Nascita | : ____/____/____ | ALTEZZA | : _____ cm |
| DIAGNOSI | : _____ | PESO ABITUALE | _____ Kg |
| COMPLICANZE | : _____ | PESO ATTUALE : | _____ Kg |
| GG PREVISTI DI TRATTAMENTO | _____ | RICHIESTE N. SACCHE | _____ |

Presenza di malnutrizione “Rischio” di malnutrizione Presenza di ipercatabolismo#

Albumina g/dl _____ Linfociti tot. _____ Hb g/100 ml _____ Ht % _____

PERDITE di AZOTO : _____ g/die #Catabolico Lieve #Catabolico Grave #Catabolico Moderato

SI RICHIEDONO SACCHE DELLA LA SEGUENTE FORMULAZIONE STANDARDIZZATA/PERSONALIZZATA

| Descrizione e codice ditta | Oliclinomel N4-550E <input type="checkbox"/> | Oliclinomel N6-900E <input type="checkbox"/> | Nutrispecial lipid 1875 <input type="checkbox"/> | Personalizzata <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------------|---|---|---|--|
| Codice anagrafico interno | F35D220 | F35D260 | F35D180 | |
| volume totale (mL) | 2000 | 2000 | 1875 | |
| calorie non proteiche (Kcal) | 1040 | 1760 | 1795 | |
| osmolarità (mOsm/L) | 750 | 1160 | 1545 | |
| glucosio (g) | 160 | 240 | 270 | |
| aminoacidi (g) | 44 | 68 | 108 | |
| Lipidi* (g) | 40 | 80 | 75 | |
| sodio (mmol) | 42 | 64 | 100 | |
| potassio (mmol) | 32 | 48 | 70 | |
| calcio (mmol) | 4 | 4 | 8 | |
| magnesio (mmol) | 4,4 | 4,4 | 8 | |
| fosfato (mmol) | 17 | 20 | 30 | |
| acetato (mmol) | 61 | 106 | 90 | |
| cloro (mmol) | 66 | 92 | 90 | |
| zinco (mmol) | - | - | 0,06 | |
| azoto (g) | 7,3 | 11,2 | 15 | |
| Rapporto Kcal np/N | 144 | 157 | 120 | |
| Rapporto Kcal Glucosio /Kcal Lipidi | 59/41 | 55/45 | 62/38 | |
| | | | | |
| | | | | |

*Oliclinomel = miscela di olio di soia – olio di oliva (20/80); Nutrispecial lipid = miscela di olio di soia e MCT (50/50)

LA PRESENTE RICHIESTA VA INVIATA ALLA FARMACIA IOV (FAX 5836) , PREFERIBILMENTE NEI GIORNI DI CONSEGNA DELLA FARMACIA AO

Note

Il medico richiedente (firma leggibile)

recapito telefonico