

AZIENDA OSPEDALIERA SAN MARTINO DI GENOVA
 E CLINICHE UNIVERSITARIE CONVENZIONATE
 U.O. DI DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA
 Responsabile Dr. S.G. Sukkar
 Largo R.Benzi 10, 16132 GENOVA
 Tel. 010/5553277-3278 Fax: 010/5556636
 e-mail:samir.sukkar@hsanmartino.liguria.it

MODULO DI RICHIESTA NED

(da compilare a cura del reparto che ha in carico il paziente o dal MMG* se il paziente è a domicilio,
 prima della dimissione del paziente candidato alla NED e da trasmettere via fax al nostro servizio
 entro il venerdì alle ore 12.00).
 (MMG*: Medico di Medicina Generale)

N.B. Ogni parte va compilata altrimenti non potrà essere accettata: in caso di mancanza di informazioni si prega di indicare 00.

DATA COMPILAZIONE							
COGNOME E NOME PAZIENTE							
COD. FISCALE					MATRICOLA REG.		
INDIRIZ ZO							
COMUN E							
TELEFO NI							
Struttura e reparto che ha iniziato la NE							
Medico di riferimento del reparto o MMG*					Tel.:		
Data di dimissione prevista							
Parente di riferimento		Nome e cognome			Grado di parentela		Tel.
DIAGNOSI							
VIA DI ACCESSO		SNG	SND	PEG	PEJ	Gastrostomia	Digiunostomia
TIPO DISFAGIA		NEUROMOTO RIA			PER I LIQUIDI		
		ORGANICA			PER I SOLIDI		
GRADO DISFAGIA		Parziale			Totale		
METODO SOMMINISTRAZIONE		DI Pompa		Gravità a caduta		Bolo con schizzettone	
NE IN CORSO		SI	NO	DA GIORNI:			
MISCELA IN USO (nome commerciale)							
N° FLACONI - SACCHE							
SETS							

VELOCITA'	ml / h	gtt / min
ALIMENTAZIONE PER OS	SI	NO

NOTE		

Il Medico del reparto o Il Medico di Medicina Generale	Tel.:	Timbro e Firma
	Cell.:	
	Fax:	
	E-mail:	