



RICHIESTA DI CONSULENZA INFERMIERISTICA U.O.S. NUTRIZIONE ARTIFICIALE

Il presente modulo, compilato in ogni sua parte, deve sempre essere inviato a:

- via e-mail (preferibilmente): **nutrizioneartificiale@ausl.pr.it**
- via Fax: **0521/696970**

Le eventuali richieste telefoniche devono sempre essere supportate anche dal presente modulo e, dove possibile, integrate da documentazione clinica.

Richiedente _____
Data _____ Tel. _____ Fax _____
• C.R.A. _____ Piano _____
• CCP/Hospice _____ Piano _____
• Struttura Sanitaria _____ Piano _____
• Ospedale _____ Piano _____
• Domicilio _____ Piano _____
Distretto di <input type="checkbox"/> Parma <input type="checkbox"/> Fidenza <input type="checkbox"/> Sud Est <input type="checkbox"/> Valli Taro e Ceno

Cognome e Nome del Paziente: _____

Luogo e data di nascita: Età: _____ Sesso: M F

Paziente in carico all'UOS Nutrizione Artificiale? Si No

Accesso Nutrizionale: OS SNG PEG PEJ PRG Gastrostomia chirurgica
 Digiuostomia Altro _____

Marca e tipologia dell'Accesso: _____ Fr _____

Motivo della richiesta _____

Timbro e Firma leggibile del richiedente

Accertamento effettuato da (nome e cognome) _____

In data _____ (L'esito della consulenza è riportata nella cartella clinica del Paziente)