## **ASST Ovest Milanese**

SC Servizio Farmaceutico SSD Dietetica e Nutrizione Clinica

## MODULO DI MONITORAGGIO PER NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIARE (NPD)

(Allegato 1 DGR Lombardia n. 14274 del 25/10/2021)

MAD91 Rev0 11/4/2025 Pag. 1 di 2

Data:

DATI DELL'ASSISTITO										
COGNOME E NOME:										
DATA NASCITA: COD. FISCALE:										
INDIRIZZO RESIDENZA:										
INDIRIZZO DOMICILIO:										
TELEFONO: CELLULARE:										
E-MAIL:										
PERSONA DI RIFERIMENTO (SE PREVI	STA)									
COGNOME E NOME:										
TELEFONO: CELLULARE:										
E-MAIL:										
PATOLOGIA:  MONIT	ORAGGIO DELLA TERAPIA	NUTRIZIONALE IN ATTO								
Data prima prescrizione: Data ultima prescrizione: Scadenza prescrizione:										
Data ultimo controllo:										
Annotazioni:										
	Tipologia di accesso									
NUTRIZIONE PARENTERALE	si   PORT	PICC Groshong	Altro							
Prodotto in uso										
Volume (ml)/die										
Velocità di infusione (ml/h)										
Modalità di somministrazione	pompa (deflussore dedicat	0)								
Oligoelementi	si no	Supplemento vitaminico	si no							
Quantità mensile		Quantità mensile								
Altre soluzioni o supplementazioni	si no		1							

## **ASST Ovest Milanese**

SC Servizio Farmaceutico SSD Dietetica e Nutrizione Clinica

## MODULO DI MONITORAGGIO PER NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIARE (NPD)

(Allegato 1 DGR Lombardia n. 14274 del 25/10/2021)

MAD91 Rev0 11/4/2025 Pag. 2 di 2

COMPLICANZE			] si ] no		Se sì, quali:							
AZIONI CORRETTIVE		Ē	si		Se sì, quali:							
COMPLIANCE ALLA		누	] no ] si		0/ di adasiana.							
COMPLIANCE ALLA PRESCRIZIONE		H	] si ] no		% di adesione:							
FRESCRIZIONE		<u> </u>	,									
MONITORAGGIO DELLA CONDIZIONI CLINICHE DEL PAZIENTE												
Peso (kg):					Altezza (cm): BMI(K							
Il paziente ha perso peso dalla precedente valutazione del ? si no												
Ha ridotto	Si	S	e si qu	anto								
l'alimentazione?	<u>:</u>				Invariata o	Dimi	nuita		Dimir	nuita	Quasi	
	no				diminuita	mod	eratame	nte	sensi	bilmente	totalmente	
					leggermente							
SINTOMATOLOGIA		_	1 -									
Anoressia			si		∐ nc		г	<b>–</b>				
Disfagia		L	si		∐ nc	)	L	soli	di	∐ li	quidi	
Odinofagia			si		∐ nc							
Disguesia		$\vdash$	si		∐ no							
Nausea		F	si		∐ no		,			. li . 2		
Vomito		$\vdash$	si 	no Se sì, quante volte? no Se sì, quante volte?								
Diarrea		$\vdash$	si 		nc		3	se si, q	uante v	oite?		
Stipsi		$\vdash$	Si	ام	∐ no		٦. [	ا دما:	40			
Consistenza feci												
PARAMETRI BIOCH	IMICI			Data	)							
HGB (g/dl)			Glice	Glicemia (mg/dl)				Urea (mg/dl)				
RBC (x10 <sup>6</sup> /ul) Na (mEq/l)				mEq/l)	GGT (mU/ml)							
HCT (%)					Al	ALT (mU/ml)						
MCV (fl)				CI (g/dl)			AS	AST (mU/ml)				
MCH (pg)					P	PCR (mg/dl)						
RDWCV EMO (%)					Fo	Folati (ng/ml)						
WBC (x10 <sup>3</sup> /ul)					Tr	Trigliceridi (mg/dl)						
Neutrofili (x10 <sup>3</sup> /ul)	fili (x10³/ul) Sideremia (mcg/dl)				Al	Albumina (g/dl)						
Linfociti (x10³/ul)				Ferritina (ng/ml)				Bi	Bilirubina totale (mg/dl)			
Monociti (x10 <sup>3</sup> /ul)				Vitamina B12 (pg/ml)								
Eosinofili (x10 <sup>3</sup> /ul)	· · · · · ·											
Basofili (x10³/ul)				eGR	eGRF (ml/min/1.73m²)							
т	Timbro della Struttura											
Timbro della Struttura Timbro e Firma dello Specialista												
1												