

ASST Ovest Milanese SC Servizio Farmaceutico SSD Dietetica e Nutrizione Clinica	PROPOSTA DI AVVIO ALLA NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIARE (NPD) (Allegato 1 DGR Lombardia n. 14274 del 25/10/2021)	MAC355 Rev0 11/4/2025 Pag. 1 di 3
--	--	--

Spett. SSD DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA

ASST OVEST MILANESE

Tel. 0331 449 322

Fax 0331 449 764

e-mail: dietetica.legnano@asst-ovestmi.it

Data _____

☐ prima prescrizione

☐ rinnovo

☐ variazione

DATI DELL'ASSISTITO	
COGNOME _____	NOME: _____
DATA NASCITA: _____	COD. FISCALE: _____
INDIRIZZO RESIDENZA: _____	
INDIRIZZO DOMICILIO: _____	
TELEFONO: _____	CELLULARE: _____
E-MAIL: _____	
PERSONA DI RIFERIMENTO (SE PREVISTA)	
COGNOME _____	NOME: _____
TELEFONO: _____	CELLULARE: _____
E-MAIL: _____	

INDICAZIONI AL TRATTAMENTO

Diagnosi: _____

Peso (kg): _____

Altezza (m): _____

BMI (kg/m²): _____

Prognosi:

☐ ≤ 3 MESI

☐ > 3 MESI

Allergie alimentari note: _____

MOTIVAZIONI CLINICHE

		SI	NO
1	Calo ponderale involontario ≥ 10% negli ultimi 6 mesi o ≥ 5% nell'ultimo mese	☐	☐
2	Mancato accrescimento pondero-staturale	☐	☐
3	Alimentazione insufficiente	☐	☐
4	Malassorbimento	☐	☐
5	Disfagia	☐	☐
6	Altro:	☐	☐

Documento collegato all'Istruzione per la prescrizione di miscele standard destinate alla nutrizione parenterale domiciliare (NPD) per gli assistiti residenti nei comuni di appartenenza alla ASST Ovest Milanese (IAC01)

ASST Ovest Milanese SC Servizio Farmaceutico SSD Dietetica e Nutrizione Clinica	PROPOSTA DI AVVIO ALLA NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIARE (NPD) (Allegato 1 DGR Lombardia n. 14274 del 25/10/2021)	MAC355 Rev0 11/4/2025 Pag. 2 di 3
--	--	--

Prontuario ASST Ovest Milanese - Miscele Per Nutrizione Parenterale				
Barrare miscela proposta	Nr. A.I.C.	Denominazione miscela	Frequenza di somministrazione	Velocità di somministrazione
☐	032167328	Clinimix N14G30		
☐	039941012	Olimel Periferico N4E 1000 ml – Conf. da 6		
☐	035508062	Periven 1440 ml – Conf.da 4		
☐	039941099	Olimel N9E 1500 ml –Conf. da 4		
☐	040716209	SmofKabiven <u>senza elettroliti</u> 986 ml – Conf.da 4		
☐	040716045	SmofKabiven con elettroliti 986 ml – Conf.da 4		
☐	040716084	SmofKabiven con elettroliti1477 ml –Conf.da 4		
☐	041473164	SmofKabiven Low Osmo 1400 ml – Conf.da 4		
PRESCRIZIONE DI MISCELA STANDARD FUORI PRONTUARIO** <i>(lo specialista compilando la seguente sezione dichiara l'INFUNGIBILITA' di quanto prescritto)</i>				
Nome commerciale:		AIC:		
Volume:		Ditta produttrice:		
Motivazione dell'infungibilità:				

**TUTTI I CAMPI DEVONO ESSERE COMPILATI

Prontuario ASST Ovest Milanese - Medicinali accessori alla NP				
Barrare se prescritto	Nr. A.I.C.	Descrizione medicinale	Frequenza somministrazione	Durata trattamento in giorni
☒	027983028	Vitalipid bambini fiale 10 ml Conf da 10		
☐	027983016	Vitalipid adulti fiale 10 ml Conf.da 10		
☐	027984018	Soluvit fiale da 10 ml Conf. da 10		
☐	037135050	Smoflipid 200mg/ml flacone vetro 250 ml – Conf da 10		

Altri medicinali (comprese soluzioni per idratazione max. 3000ml/DIE) e/o dispositivi medici necessari:

ASST Ovest Milanese SC Servizio Farmaceutico SSD Dietetica e Nutrizione Clinica	PROPOSTA DI AVVIO ALLA NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIARE (NPD) (Allegato 1 DGR Lombardia n. 14274 del 25/10/2021)	MAC355 Rev0 11/4/2025 Pag. 3 di 3
--	--	--

ACCESSO VASCOLARE

Nutrizione Parenterale tramite:	☐ Groshong	☐ Hickman/Broviac	☐ Port-a-cath	☐ PICC	☐ Altro
---------------------------------	-----------------------------------	--	--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------------

Data presunta domiciliazione (se applicabile):

- ☐ Il prodotto proposto è tollerato dal paziente in quanto già assunto in regime ospedaliero per ≥ 5 giorni.
- ☐ Il prodotto proposto è tollerato dal paziente in quanto già assunto a domicilio per ≥ 5 giorni.
- ☐ Il prodotto proposto non è stato ancora testato.

MEDICO PROPONENTE

COGNOME E NOME: _____ COD. FISCALE: _____

LUOGO DI LAVORO/ STRUTTURA SANITARIA: _____

TELEFONO: _____ CELLULARE: _____

E-MAIL: _____

MONITORAGGIO DOMICILIARE A CARICO DEL MEDICO PROPONENTE ☐ SI ☐ NO

Timbro della Struttura proponente

Timbro e Firma del Medico proponente
--

PROPOSTA APPROVATA ☐ SI ☐ NO Se NO, perché: Data Timbro e firma del Medico Prescrittore dell'UNC/TNM
--