



Regione del Veneto

Deliberazione della Giunta
(7^a legislatura)

Presidente	Giancarlo	Galan
V. Presidente	Fabio	Gava
Assessori	Luca	Bellotti
	Renato	Chisso
	Giancarlo	Conta
	Antonio	De Poli
	Marino	Finozzi
	Massimo	Giorgetti
	Raffaele	Grazia
	Antonio	Padoin
	Floriano	Pra
	Ermanno	Serrajotto
Raffaele	Zanon	
Segretario	Antonio	Menetto

n. 2416 del 28 LUG. 2000

OGGETTO: Individuazione dei Centri Regionali
di Riferimento della Nutrizione Arti-
ficiale Domiciliare in Pediatria (N.A.D.P.).

Il Vice Presidente - Assessore alle Politiche Sanitarie - Avv. Fabio Gava - riferisce quanto segue.

Con la L.R. n. 11 del 10.04.1998 la Regione Veneto ha regolamentato la Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) prevedendone il sistema erogativo in capo alla struttura aziendale U.L.S.S. del Distretto Socio-Sanitario il quale ne assicura l'intervento all'interno di protocolli assistenziali di A.D.I. caratterizzati da una necessaria integrazione operativa con il Presidio Ospedaliero di Riferimento.

L'art. 3 della stessa legge regionale ha previsto che in ambito regionale, per gli aspetti della N.A.D. che richiedono interventi di natura tecnico-operativa, venga istituita una Commissione Regionale per la N.A.D. che ha il compito di elaborare apposite Linee Guida, le quali tenuto conto delle condizioni di malnutrizione, ipermetabolismo, insufficienza d'organo primaria e secondaria, sono dirette ad individuare i fruitori della N.A.D. distinguendo il rischio nutrizionale del bambino rispetto a quello dell'adulto.

Relativamente all'ultimo aspetto sopra richiamato sulla necessità di distinguere la N.A.D. dell'adulto dalla N.A.D. del bambino, la Commissione Regionale per la N.A.D., (istituita con D.G.R. n. 2036 del 2.6.1998), nell'elaborazione delle suddette indicazioni che a livello regionale sono state formalizzate come Linee Guida Regionali con la D.G.R. n. 2634 del 27.07.1999, ha previsto nell'allegato 1 dedicato alla "Nutrizione Artificiale Domiciliare in Pediatria" (N.A.D.P.), che i Team Nutrizionali Pediatrici, in ragione della

quantità dei casi di N.A.D. pediatrica sensibilmente inferiori rispetto ai casi di N.A.D. dell'adulto, siano collocati in pochi Centri Regionali di Riferimento, in grado di rispondere, con un adeguato livello scientifico- assistenziale ed organizzativo, alle esigenze dei piccoli pazienti.

Considerato che ai sensi di quanto previsto al punto E del Cap. 2 dell'allegato 1 delle Linee Guida Regionali, approvate con D.G.R. n. 2634/1999, la Giunta Regionale è tenuta ad individuare i Team Nutrizionali in Pediatria per l'esecuzione della N.A.D. Pediatrica, su proposta della Commissione Regionale N.A.D.; e che nella seduta del **06.06.2000** la suddetta Commissione Regionale ha individuato nelle Aziende Ospedaliere di Padova e di Verona le strutture presso le quali collocare i Team Nutrizionali Pediatrici.

Atteso che sempre nella stessa seduta, la Commissione regionale ha evidenziato i compiti che l'intervento normativo regionale ha inteso affidare al Team Nutrizionale Pediatrico, in qualità di Centro Regionale di Riferimento per la N.A.D. Pediatrica, compiti che qui di seguito sinteticamente si riportano:

- a) valutazione obbligatoria di eleggibilità per tutti casi di richiesta di N.A.D. Pediatrica
- b) offerta di consulenza a favore dei singoli Team Nutrizionali (dell'adulto) aziendali nel caso di problemi e complicanze insorte nel corso della erogazione della N.A.D. Pediatrica
- c) offerta di fornitura di sacche per la nutrizione parenterale, previa la stipula di relativi accordi interaziendali

ed ha, al fine di facilitare l'operatività dell'intervento assistenziale in oggetto, prefigurato le fasi intercorrenti tra la richiesta iniziale di N.A.D.P. e l'attivazione della N.A.D.P., come da allegato 1 del presente provvedimento e dalla relativa scheda per l'inoltro della domanda di attivazione della N.A.D. Pediatrica alla quale per economicità procedurale, si provvede ad affiancare gli altri due modelli di scheda di inoltro della domanda di N.A.D. dell'adulto, rispettivamente gli allegati 2, 3, 4.

Il Vice Presidente - Assessore alle Politiche Sanitarie - Avv. Fabio Gava - conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

- Udito il relatore Vice Presidente - Assessore alle Politiche Sanitarie - Avv. Fabio Gava - incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, 2° comma, dello Statuto, il quale dà atto che la Struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la legislazione regionale e statale.
- Vista la L.R. n. 11 del 10.04.1998 "Interventi a favore della nutrizione artificiale domiciliare";
- Vista la D.G.R. n. 2036 del 02.06.1998;
- Vista la D.G.R. n. 2634 del 27.07.1999;
- Visto il verbale della Commissione Regionale N.A.D. della seduta del **06.06.2000**.

DELIBERA

- 1 Di localizzare nell'Azienda Ospedaliera di Padova e nell'Azienda Ospedaliera di Verona i Centri di Riferimento Regionali per la N.A.D. Pediatrica, incaricando i rispettivi Direttori generali della nomina sulle relative composizioni dei Team Nutrizionali Pediatrici.
- 2 Di approvare il documento "Modalità di attivazione della N.A.D.P.", allegato 1 del presente provvedimento parte integrante dello stesso, di raccordo altresì intercorrente tra i Team Nutrizionali Pediatrici e i Team Nutrizionali d'Azienda U.L.S.S. già costituiti e operanti secondo le modalità di funzionamento di cui al punto F delle Linee Guida Regionali approvate con la D.G.R. n. 2634 del 27.07.1999.
- 3 Di approvare il modello di domanda per l'attivazione della nutrizione artificiale domiciliare in pediatria, nonché per economicità di contesto provvedimentale, i collegati modelli di domanda per l'attivazione della nutrizione artificiale domiciliare (per l'adulto): modulo per il M.M.G./P.L.S. e modulo per il medico ospedaliero, rispettivamente gli allegati n. 2, 3 e 4, anch'essi parte integrante del presente provvedimento.

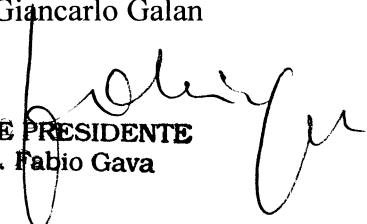
Sottoposto a votazione, il presente provvedimento risulta approvato con voti unanimi e palesi.

IL SEGRETARIO
Dott. Antonio Menetto



IL PRESIDENTE
On. Dott. Giancarlo Galan

IL VICE PRESIDENTE
Avv. Fabio Gava

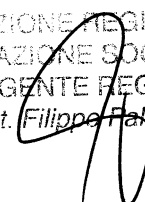


Patrizia Mella
(Nad Pediatrica)

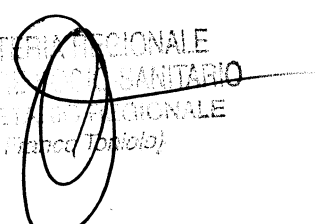
dr. Giuseppe D'ERRICO

VISTO: se ne propone l'adozione attestando la conformità agli atti, la regolare istruttoria e la compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale.

DIREZIONE REGIONALE
PROGRAMMAZIONE SOCIO SANITARIA
IL DIRIGENTE REGIONALE
Dott. Filippo Falumbo



SEGRETARIA REGIONALE
AL SETTORE SANITARIO
IL SEGRETARIO REGIONALE
(dr. Franco Tonello)



DIREZIONE RAGIONERIA E TRIBUTI

Visto e assunto l'impegno di L. _____ (€ _____) sul cap. _____

del bilancio di previsione per l'esercizio _____ al n. _____ (art. 54 della l.r. 9 dicembre 1977, n. 72)

Venezia, _____



MODALITA' DI ATTIVAZIONE DELLA NADP (1)

SUDDIVISIONE DEL PERCORSO IN FASI

- Segnalazione del caso per una NAD pediatrica su un bambino già ricoverato, proveniente dal medico curante ospedaliero di Azienda U.L.S.S. territoriale o delle due Aziende ospedaliere di Padova e Verona
 - La segnalazione va inoltrata ad uno dei due Centri regionali della Nad Pediatrica, fermo restando che se il bambino è già ricoverato presso uno dei due Centri regionali della Nad Pediatrica si parla di valutazione interna per l'attivazione della NADP.
 - Inoltrata la segnalazione, il medico ospedaliero (o lo stesso medico del Centro Regionale NADP nel caso di assistito già ricoverato presso lo stesso Centro) utilizzando il modulo per l'attivazione NADP previsto dalla Commissione Regionale, trasmette la richiesta di NADP al Team Nutrizionale dell'Azienda U.L.S.S. di residenza del piccolo assistito il quale a sua volta segnala il caso al Distretto Socio-Sanitario interessato, per l'accoglimento del caso in ADIMED
 - Il Centro Regionale NADP, valutata la richiesta di Nutrizione Artificiale da eseguirsi a domicilio, provvederà a stendere il protocollo nutrizionale che comunicherà ed invierà al medico ospedaliero richiedente la NADP e al Team Nutrizionale dell'Azienda di residenza del piccolo paziente il quale a sua volta provvederà a darne tempestiva comunicazione al Distretto Socio- Sanitario interessato
- Nel caso in cui la richiesta di NADP riguardi un piccolo già ricoverato presso uno dei due Centri Regionali di Nad Pediatrica, il protocollo nutrizionale andrà trasmesso direttamente al Team Nutrizionale di residenza del piccolo paziente il quale a sua volta provvederà a darne tempestiva comunicazione al Distretto Socio- Sanitario interessato
- Convocazione da parte del Distretto Socio-Sanitario di residenza del piccolo paziente della U.O.D. (integrata da un componente del Team Nutrizionale d'Azienda, come da Linee Guida Regionali) per la definizione organizzativa in ADIMED della NADP.

(1) Il percorso assistenziale che qui si delinea va ad integrarsi con quanto già previsto nelle Linee Guida Regionali.

2416
28 LUG. 2000

DIREZIONE REGIONALE
PEDIATRIA SOCIO SANITARIA
IL DIRIGENTE REGIONALE
DOTT. FILIPPO CALABRO

**MODULO PER L'ATTIVAZIONE DELLA NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE
IN PEDIATRIA** (secondo le disposizioni della Commissione Regionale NAD)

AZIENDA: ULSS N. _____ Osp. _____ ; Ospedaliera PD VR

Il Paziente (Cognome, nome) _____ nato a _____

Il _____ residente a _____ prov. _____ sesso (M/F) _____

Codice individuale _____ ricoverato dal _____ Cartella clinica _____

Con diagnosi di ammissione _____

Verrà dimesso dal reparto di _____ il (data presunta) _____

Il paziente necessita di proseguire a domicilio la Nutrizione Artificiale così come già avviata nel corso del ricovero ospedaliero. Per permettere, all'atto della dimissione, il proseguimento a domicilio del trattamento nutrizionale:

- almeno un familiare o persona indicata dal legale rappresentante del minore, ha ricevuto, durante la degenza, istruzioni sulla Nutrizione Artificiale;
- si richiede un intervento del Team Nutrizionale di riferimento per la formazione di almeno un familiare o persona indicata dal legale rappresentante del minore.

Si attesta che il paziente presenta la seguente **patologia** (allegare eventuale relazione clinica):

compatibile con una delle seguenti indicazioni approvate dalla *Commissione Regionale NAD*:

- Incapacità di qualsiasi origine, ad assumere alimenti per os, tale da compromettere lo stato nutrizionale e/o condizione per cui l'alimentazione orale possa causare una patologia secondaria.
- Insufficienza intestinale cronica, di qualsiasi origine, che comprometta lo stato nutrizionale e la velocità di crescita
- Condizioni in cui l'alimentazione orale od anche enterale sia controindicata
- Pazienti in attesa di trapianto d'organo che necessitano di ottimizzare lo stato nutrizionale come fattore prognostico favorente il successo del trapianto.
- Tutte le altre condizioni in cui vi e' evidenza scientifica che il recupero e/o il mantenimento di un buono stato nutrizionale e di una adeguata velocità di crescita, non altrimenti raggiungibile, migliorino la prognosi della malattia di base e/o la qualità di vita.

Condizioni generali del paziente (compilare se pertinente)

Stato di coscienza : conservato disorientato coma ;

Presenza di :

anoressia nausea vomito diarrea disfagia per solidi /liquidi difetto masticazione

Presenza di ulcere e lesioni distrofiche della cute si no iniziali ; edemi si no iniziali

Sistema venoso periferico (accesso) normale ridotto molto ridotto

DIREZIONE REGIONALE

PROGRAMMA REGIONALE SANITARIA

COMMISSIONE REGIONALE

Dott. Silvano Colombo

2416

28 LUG. 2000



Scheda n.

<p>➤ Se proposta Nutrizione Parenterale</p> <p>Possibilità di ripresa della funzione intestinale: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> parziale <input type="checkbox"/></p> <p>Tipo di catetere: Catetere Venoso Centrale <input type="checkbox"/> Cat. venoso periferico <input type="checkbox"/> Altro (spec.) <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Modalità di infusione attuale: pompa si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>modello pompa _____</p> <p>ditta _____</p> <p>Velocità (ml/h) _____ <input type="checkbox"/> nelle 24 h <input type="checkbox"/> solo notturna</p>	<p>➤ Se proposta Nutrizione Enterale</p> <p>Possibilità ripresa alimentazione per os: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Tipo di dispositivo artificiale SNG <input type="checkbox"/> SND <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PEJ <input type="checkbox"/> altra stomia <input type="checkbox"/></p> <p>Modalità di somministrazione attuale: Bolo <input type="checkbox"/> n° somm.ni/die _____ Deflussore a gravità <input type="checkbox"/> ml/ ora _____ Pompa di infusione <input type="checkbox"/> ml/ ora _____</p> <p>Modello pompa _____</p> <p>Ditta _____</p>
ALLEGARE LA FORMULAZIONE DETTAGLIATA	COMPILARE LO SCHEMA SOTTOSTANTE

Informazioni sulla formulazioni per NE attualmente impiegata

Nome commerciale formulazione	Quantità/die (ml)	Data inizio trattam.

Eventuali problemi rilevati in corso di NP / NE _____

Il Medico (Cognome, Nome) _____ firma _____

N° telefonico per reperibilità _____ data _____

Note

La presente richiesta, ai fini della valutazione di elegibilità in NAD del paziente, , dovrà essere inviata, entro 10 giorni dalla data presunta di dimissione ad uno dei seguenti Centri di Riferimento Regionali (CRR):

Centro A (referente dott. _____ tel. _____ fax _____ e-mail _____) ;
Centro B (referente dott. _____ tel. _____ fax _____ e-mail _____)

Per la particolare delicatezza del trattamento NAD in pediatria, il medico responsabile del TN potrà richiedere al curante di trasferire il paziente presso il CRR scelto al fine di valutarne l'eligibilità e gli aspetti socio-sanitari connessi al trattamento territoriale.
Le informazioni raccolte saranno trasmesse, a cura del TN, al Distretto SS di base di appartenenza dell'assistito, al fine dell'inserimento in assistenza domiciliare.

2416 del 28 LUG, 2000

DIREZIONE REGIONALE
PROCCAMMUNICAZIONE SANITARIA
28 LUG 2000



MODULO PER LA ATTIVAZIONE DELLA NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILARE
(secondo le disposizioni della Commissione Regionale NAD - *Modulo per il MMG/PLS*)

AZIENDA: ULSS N. _____ Osp. _____ ; Ospedaliera PD VR

Il Paziente (Cognome, nome) _____ nato a _____

Il _____ residente a _____ prov. _____ sesso (M/F) _____

Codice individuale _____, assistito del sottoscritto MMG/PLS

dott. _____ (telefono _____ fax _____),
necessita a domicilio dell'avvio di un programma di Nutrizione Artificiale poiché

ha sviluppato la seguente **condizione patologica:**

- oppure

è stato dimesso da un presidio ospedaliero di altra regione con l'indicazione ad una NAD, per la seguente **condizione patologica** (allegare eventuale relazione clinica):

compatibile con una delle seguenti indicazioni approvate dalla *Commissione Regionale NAD*:

- incapacità, di qualsiasi origine, ad assumere gli alimenti per os, tale da compromettere lo stato nutrizionale;
- insufficienza intestinale cronica; che comprometta lo stato nutrizionale con la sola alimentazione orale; (questa indicazione deve essere perfezionata dalla verifica, dopo un periodo iniziale di adattamento - stabilizzazione, della mancata indipendenza alimentare);
- condizioni di malnutrizione, secondarie a malassorbimento, come esito di interventi chirurgici a carico dell'apparato digerente o di gravi patologie digestive, non altrimenti trattabili e/o gestibili dal punto di vista nutrizionale;
- condizioni di malnutrizione secondarie a gravi malattie neurologiche non altrimenti trattabili e/o gestibili dal punto di vista nutrizionale;
- pazienti oncologici, inseriti in un protocollo specifico di trattamento, con compromissione dell'assunzione degli alimenti per via orale e/o con malnutrizione, e pazienti affetti da patologia neoplastica con aspettativa di sopravvivenza superiore ai 3 mesi;
- pazienti in attesa domiciliare di trapianto d'organo, che necessitano di mantenere condizioni nutrizionali adeguate in previsione dell'intervento.

Pertanto richiede un intervento del Team Nutrizionale di riferimento per l'attivazione della NAD e la conseguente formazione del paziente stesso ed anche un di un suo familiare o persona da lui indicata.

<u>Condizioni generali del paziente:</u>	<u>Indice di Karnofsky</u>		
			/ su 100
Autosufficienza rispetto a:	⇨ programma nutrizionale	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> parziale <input type="checkbox"/>
	⇨ mobilizzazione	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> parziale <input type="checkbox"/>
	⇨ igiene	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> parziale <input type="checkbox"/>
Stato di coscienza :	conservato <input type="checkbox"/> disorientato <input type="checkbox"/> coma <input type="checkbox"/>		
Presenza di :	anoressia <input type="checkbox"/> nausea <input type="checkbox"/> vomito <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> disfagia per solidi <input type="checkbox"/> /liquidi <input type="checkbox"/> difetto masticazione <input type="checkbox"/>		
Presenza di ulcere e lesioni distrofiche della cute	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> iniziali <input type="checkbox"/>	edemi si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> iniziali <input type="checkbox"/>	
Sistema venoso periferico (accesso)	normale <input type="checkbox"/>	ridotto <input type="checkbox"/>	molto ridotto <input type="checkbox"/>

Allegato alla dgr

DIREZIONE REGIONALE

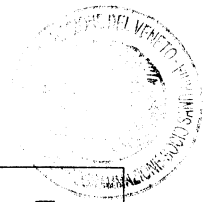
PROGRAMMAZIONE REGIONALE SANITARIA

C:\windows\TEMP\schedeNAD.rtf

n. 2416

28 LUG. 2000

Scheda n.



<p>➤ Se proposta Nutrizione Parenterale</p> <p>Possibilità di ripresa della funzione intestinale: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> condizione non nota <input type="checkbox"/></p> <p>E' attualmente impiantato un catetere venoso? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Se si, indicarne il tipo: Catetere Venoso Centrale <input type="checkbox"/> Cat.venoso periferico <input type="checkbox"/></p> <p>Altro (spec.) <input type="checkbox"/> _____</p> <p>E' già disponibile una pompa di infusione? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Se si, indicare: modello pompa _____</p> <p>ditta _____</p>	<p>➤ Se proposta Nutrizione Enterale</p> <p>Possibilità ripresa alimentazione per os: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>E' già inserito un dispositivo? : si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Se si, indicarne il tipo: SNG <input type="checkbox"/> SND <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PEJ <input type="checkbox"/> altra stomia <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>E' già disponibile una pompa di infusione? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Se si, indicare: modello pompa _____</p> <p>ditta _____</p>
--	---

Informazioni su eventuali formulazioni nutrizionali/dietetiche attualmente in uso

Nome commerciale formulazione	Quantità/die (ml)	Data inizio trattam.

Note di carattere dietetico/nutrizionali _____

Timbro e firma _____

data _____

Note

La presente richiesta, ai fini della valutazione di elegibilità in NAD del paziente, dovrà essere inviata al team nutrizionale (TN) dell'Azienda _____

A tal fine il modulo, compilato in ogni sua parte, dovrà pervenire (possibilmente via fax), entro 5 giorni dalla data presunta di dimissione al Dott. _____ presso il Reparto / Servizio _____ dell'Ospedale _____ (Telef. _____ - fax _____ -e-mail: _____)

Le informazioni raccolte, associate ad altri eventuali documenti forniti, saranno trasmesse, a cura del TN, al Distretto di base di appartenenza dell'assistito, al fine dell'inserimento in NAD.

Nel caso in cui il TN confermi l'esigenza di una Nutrizione Parenterale, potrà essere richiesto un ricovero ospedaliero ordinario o in Day-Hospital, per la verifica della tollerabilità del trattamento e per l'addestramento.

Per ogni ulteriore chiarimento rivolgersi ai componenti del TN: dott..... (qualifica medico, tel.....); dott.(farmacista; tel.); sig.....(dietista; tel.....); sig.(infermiere prof., tel.....)

Allegato alla domanda

DIREZIONE REGIONALE
 SANITARIA

[Signature]

2416

28 LUG, 2000

Scheda n.

MODULO PER L'ATTIVAZIONE DELLA NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE
(secondo le disposizioni della Commissione Regionale NAD- Modulo per il medico ospedaliero)

AZIENDA: ULSS N. _____ Osp. _____ ; Ospedaliera PD VR

Il Paziente (Cognome, nome) _____ nato a _____

Il _____ residente a _____ prov. _____ sesso (M/F) _____

Codice individuale _____ ricoverato dal _____ Cartella clinica _____

Con diagnosi di ammissione _____

Verrà dimesso dal reparto di _____ il (data presunta) _____

Altezza cm	Peso attuale kg	Stima fabb.Kcal/kg	Stima fabb. azoto/kg	Stima fabb.idrico ml/die

Il paziente necessita di proseguire a domicilio la Nutrizione Artificiale già avviata nel corso del ricovero ospedaliero. Per permettere, all'atto della dimissione, il proseguimento a domicilio del trattamento nutrizionale:

- il paziente stesso ed anche un suo familiare o persona da lui indicata, hanno ricevuto, durante la degenza, istruzioni sulla Nutrizione Artificiale e c'è il consenso al trattamento;
- si richiede un intervento del Team Nutrizionale di riferimento per la formazione del paziente stesso ed anche un suo familiare o persona da lui indicata.

Si attesta che il paziente presenta la seguente **patologia** (alleg. eventuale documentazione):

compatibile con una delle seguenti indicazioni approvate dalla *Commissione Regionale NAD*:

- incapacità, di qualsiasi origine, ad assumere gli alimenti per os, tale da compromettere lo stato nutrizionale;
- insufficienza intestinale cronica, che comprometta lo stato nutrizionale con la sola alimentazione orale;(questa indicazione deve essere perfezionata dalla verifica, dopo un periodo iniziale di adattamento - stabilizzazione, della mancata indipendenza alimentare);
- condizioni di malnutrizione, secondarie a malassorbimento, come esito di interventi chirurgici a carico dell'apparato digerente o di gravi patologie digestive, non altrimenti trattabili e/o gestibili dal punto di vista nutrizionale;
- condizioni di malnutrizione secondarie a gravi malattie neurologiche non altrimenti trattabili e/o gestibili dal punto di vista nutrizionale;
- pazienti oncologici, inseriti in un protocollo specifico di trattamento, con compromissione dell'assunzione degli alimenti per via orale e/o con malnutrizione, e pazienti affetti da patologia neoplastica con aspettativa di sopravvivenza superiore ai 3 mesi;
- pazienti in attesa domiciliare di trapianto d'organo, che necessitano di mantenere condizioni nutrizionali adeguate in previsione dell'intervento.

<u>Condizioni generali del paziente:</u>		<u>Indice di Karfnosky</u>		
		_____ / su 100		
Autosufficienza rispetto a:	⇔ programma nutrizionale	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	parziale <input type="checkbox"/>
	⇔ mobilizzazione	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	parziale <input type="checkbox"/>
	⇔ igiene	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	parziale <input type="checkbox"/>
Stato di coscienza :	conservato <input type="checkbox"/> disorientato <input type="checkbox"/> coma <input type="checkbox"/>			
Presenza di :	anoressia <input type="checkbox"/> nausea <input type="checkbox"/> vomito <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> disfagia per solidi <input type="checkbox"/> /liquidi <input type="checkbox"/> difetto masticazione <input type="checkbox"/>			
Presenza di ulcere e lesioni distrofiche della cute	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> iniziali <input type="checkbox"/> ; edemi si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> iniziali <input type="checkbox"/>			
Sistema venoso periferico (accesso)	normale <input type="checkbox"/> ridotto <input type="checkbox"/> molto ridotto <input type="checkbox"/>			

Allegato alla dgr
2416 del 28 LUG. 2000

DIREZIONE REGIONALE
DIREZIONE REGIONALE SANITARIA
DIREZIONE REGIONALE
Dott. Filippo Palumbo



Scheda n.

<p>➤ Se proposta Nutrizione Parenterale</p> <p>Possibilità di ripresa della funzione intestinale: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> parziale <input type="checkbox"/></p> <p>Tipo di catetere: Catetere Venoso Centrale <input type="checkbox"/> Cat. venoso periferico <input type="checkbox"/></p> <p>Altro (spec.) <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Modalità di infusione attuale: pompa si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>modello pompa _____</p> <p>ditta _____</p> <p>Velocità (ml/h) _____ <input type="checkbox"/> nelle 24 h <input type="checkbox"/> solo notturna</p>	<p>➤ Se proposta Nutrizione Enterale</p> <p>Possibilità ripresa alimentazione per os: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Tipo di dispositivo artificiale SNG <input type="checkbox"/> SND <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PEJ <input type="checkbox"/> altra stomia <input type="checkbox"/></p> <p>Modalità di somministrazione attuale: Bolo <input type="checkbox"/> n° somm.ni/die _____ Deflussore a gravità <input type="checkbox"/> ml/ ora _____ Pompa di infusione <input type="checkbox"/> ml/ ora _____</p> <p>Modello pompa _____</p> <p>Ditta _____</p>
ALLEGARE LA FORMULAZIONE DETTAGLIATA	COMPILARE LO SCHEMA SOTTOSTANTE

Informazioni sulla formulazioni per NE attualmente impiegata

Nome commerciale formulazione	Quantità/die (ml)	Data inizio trattam.

Eventuali problemi rilevati in corso di NP / NE _____

Il Medico (Cognome, Nome) _____ firma _____

N° telefonico per reperibilità _____ data _____

Note

La presente richiesta, ai fini della valutazione di elegibilità in NAD del paziente, sarà valutata dal team nutrizionale (TN) dell'Azienda _____

A tal fine il modulo, compilato in ogni sua parte, dovrà pervenire (possibilmente via fax), entro 5 giorni dalla data presunta di dimissione al Dott. _____ presso il Reparto / Servizio _____ dell'Ospedale _____ (Telef. _____ - fax _____ -e-mail: _____)

Le informazioni raccolte saranno trasmesse, a cura del TN, al Distretto di base di appartenenza dell'assistito, al fine dell'inserimento in assistenza domiciliare.

Si invita inoltre il curante a fornire, nella lettera di dimissione, in aggiunta alla prassi descrittiva consueta, gli elementi disponibili sull'assetto nutrizionale (indici antropometrici, bioumorali ed immunologici), e gli ultimi esami di diagnostica clinica eseguiti (emocromo, SMA, ECG, Torace).

Nel caso in cui si richieda un trattamento di Nutrizione Parenterale, deve essere associata anche una dichiarazione di "consenso informato".

Per ogni ulteriore chiarimento rivolgersi ai componenti del TN: dott. (qualifica medico, tel.); dott. (farmacista; tel.); sig. (dietista; tel.); sig. (infermiere prof., tel.)

Allegato alla Ugr

n. 2416 del

28 LUG. 2000

DIRIZIONE REGIONALE
 PROGRAMMAZIONE SANITARIA
 DIREZIONE REGIONALE SANITARIA
 DIRETTORE REGIONALE
 [Signature]