



Modulo di richiesta motivata
complessi vitaminici

Codice: MODFARM52

Data: 6 dicembre 2021

Revisione: 0

RICHIESTA complessi vitaminici

(monitoraggio temporaneo per carenza forma endovenosa)

Reparto _____ CdC _____ Data _____

Paziente (nome e cognome) _____ Data di nascita _____

Diagnosi

Patologia di base: _____

accompagnata da:

Malnutrizione	NO <input type="checkbox"/>	<i>STOP</i>
	SI <input type="checkbox"/>	<i>rispondere alla domanda successiva</i>
✓ è presente malassorbimento gastroenterico?	NO <input type="checkbox"/>	<i>rispondere alla domanda successiva</i>
	SI <input type="checkbox"/>	<i>procedere alla prescrizione della forma ev</i>
✓ il paziente è affetto da disfagia totale (ovvero non è in grado di assumere cibo né in forma solida, semisolida, semiliquida o liquida)?	NO <input type="checkbox"/>	<i>procedere alla prescrizione della forma orale</i>
	SI <input type="checkbox"/>	<i>procedere alla prescrizione della forma ev</i>

Programma terapeutico

Farmaco	Dose/die	Durata prevista (gg)	N° fl/cpr richiesti
✓ Cernevit® 1 fl ev oppure (a seconda della disponibilità)	1 fl/die		
✓ Vitalipid® fl ev+ Soluvit® fl ev	(1fl + 1fl)/die		
✓ Supradyn® cpr eff	1 cpr/die		

N.B. Per i pazienti in ADI la prescrizione deve essere consigliata in dimissione o comunque da medico specialista ospedaliero

Timbro e firma del medico prescrittore
