AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA

U.O. FARMACEUTICA – GESTIONE DEL FARMACO

UNITA' CENTRALIZZATA DI GALENICA NUTRIZIONALE

Tel./Fax. 2402

Reparto: .....Tel: .....Fax: .....

Codice centro di costo: |__|__|__|__|__|__|

PRESCRIZIONE MEDICA DI TERAPIA NUTRIZIONALE PARENTERALE

Paziente: ..... **Sesso:**.....

Data di nascita:..... **Peso:**.....kg **Patologia:** .....

Data/e di somministrazione:.....

Indicazione nutrizionale:
- prevenzione della malnutrizione
- correzione della malnutrizione
- nutrizione perioperatoria
- trattamento dell'ipercatabolismo

Infusione per via:
- centrale
- periferica
- senza pompa
- con pompa

FORMULAZIONE

ATTENZIONE!: Gli Elettroliti devono essere espressi in millimoli.

Calorie Totali non Proteiche (Kcal)		**IONI**	**mmol**	***Spazio riservato alla Farmacia***
% calorie da glucosio		**Na** Sodio		
% calorie da lipidi (SMOFLIPID)		**K** Potassio		
Grammi Azoto da somministrare (N)		**Ca** Calcio		
Volume sacca (ml)		**Mg** Magnesio		
Rapporto Kcal/N		**P** Fosforo		
Amminoacidi : • COMPLETI • ESSENZIALI • SELETTIVI (arricchiti in ramificati)		**Cl** Cloro		

IL MEDICO *(nome e firma)* IL FARMACISTA