



RICHIESTA VISITA DOMICILIARE

DATI ASSISTITO

COGNOME E NOME														
DATA E LUOGO DI NASCITA														
CODICE FISCALE														
DOMICILIO (luogo della visita)	VIA/PIAZZA _____ N. CIVICO _____ CITTÀ _____													
TELEFONO (segnalare con una X)	CONTATTO DI RIFERIMENTO _____						<input type="checkbox"/> PARENTE <input type="checkbox"/> CAREGIVER							
E-MAIL (se possibile)														
MEDICO CURANTE	COGNOME E NOME _____ RECAPITO TELEFONICO _____													
MOTIVAZIONE VISITA (segnalare con una X)	<input type="checkbox"/> CALO DI PESO <input type="checkbox"/> RIFIUTO DEL CIBO <input type="checkbox"/> DISTURBI DELLA DEGLUTIZIONE			<input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> STITICHEZZA <input type="checkbox"/> NAUSEA /VOMITO										
PATOLOGIE IN ATTO (segnalare con una X)	<input type="checkbox"/> ONCOLOGICHE <input type="checkbox"/> GASTROENTEROLOGICHE <input type="checkbox"/> ALTRO			<input type="checkbox"/> GERIATRICHE <input type="checkbox"/> NEUROLOGICHE										
PAZIENTE GIÀ PORTATORE DI: (segnalare con una X)	<input type="checkbox"/> SONDINO NASO-GASTRICO <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PEJ (DIGIUNOSTOMIA)			<input type="checkbox"/> MID-LINE <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> PORT										

**SCARICARE, COMPILARE E TRASMETTERE MEZZO E-MAIL
 AL CENTRO DI NUTRIZIONE CLINICA DI RIFERIMENTO (A SECONDO DELLA RESIDENZA)**

HUB LECCE (Lecce – Campi S. – Martano)
 SPOKE NARDÒ (Nardò – Galatina – Copertino)
 SPOKE POGGIARDO (Poggiardo – Maglie)
 SPOKE GALLIPOLI (Gallipoli – Casarano)
 SPOKE GAGLIANO (Gagliano del C.)

nutrizioneclinica@asl.lecce.it
nutrizioneclinica2@asl.lecce.it
nutrizioneclinica3@asl.lecce.it
nutrizioneclinica4@asl.lecce.it
nutrizioneclinica5@asl.lecce.it

NOTA BENE: PER ESEGUIRE LA VISITA È NECESSARIO DOTARSI DI

- impegnativa elettronica o ricetta rossa del medico di Medicina Generale o di altro Medico specialista con indicazione specifica “Visita nutrizionale domiciliare” che dovrà essere consegnata al TEAM NUTRIZIONALE durante la visita eseguita a domicilio
- fotocopia di esami ematici recenti (**vedi sezione Documenti e Modulistica*)
- fotocopia di documentazione sanitaria (referti medici specialistici, lettere di dimissione ospedaliera)

**IL PARENTE O IL CAREGIVER SARANNO CONTATTATI, AL RECAPITO TELEFONICO INDICATO, IL GIORNO PRIMA
 PER COMUNICARE CHE LA VISITA SARÀ ESEGUITA IL GIORNO LAVORATIVO SUCCESSIVO**

LA VISITA DOMICILIARE SARÀ EROGATA, DI NORMA ENTRO 8 GIORNI LAVORATIVI

DATA _____

FIRMA _____