

ASLBA



REGIONE PUGLIA

Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari

Area Gestione Risorse Umane

U.O. Gestione Amm.va del Personale Convenzionato

Lungomare Starita n°6 - 70123 B A R I

Prot. n. 30128 UOR 2

Bari, 22 NOV. 2018

Oggetto: Procedure NAD da far visionare ai MMG e PLS.

Ai Direttori di
Distretto ASL BA

LORO SEDI

In allegato alla presente, si trasmette il documento sulle procedure di gestione NAD (Nutrizione Artificiale Domiciliare), per la massima divulgazione tra i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta.

Distinti saluti.

La Posizione Organizzativa
Medicina Cont. ta Gen. e Spec.
Dott.ssa Anna Maria Quaranta

Il Direttore
Area Gestione Risorse Umane
Dott. Rodolfo Minervini

Ufficio convenzioni

Da: Segreteria Area Gestione Risorse Umane ASL BARI [segreteria.agru@asl.bari.it]
Inviato: giovedì 15 novembre 2018 15:37
A: agruconvenzioni.aslbari@pec.rupar.puglia.it
Oggetto: I: Procedure NAD da far visionare a MMG/PLS - URGENTE
Allegati: disciplinare NAD FIRMATO.pdf

ASLBA

SEGRETERIA AREA G.R.U.

A.S.L. BA PROTOCOLLO
16 NOV. 2018
Prot. N° <u>20022/1</u>
U.O.R. 2 A.G. - Risorse Umane

ASL - BA U.O. PERS. CONV. GEST. AMM.
15 NOV. 2018
ARRIVO

Da: SIMONA MUDONI [mailto:simona.mudoni@asl.bari.it]
Inviato: giovedì 15 novembre 2018 14:32
A: segreteria.agru@asl.bari.it
Oggetto: Procedure NAD da far visionare a MMG/PLS - URGENTE

Alla c.a. della Dott.ssa Quaranta - URGENTE

Al fine di condividere con i MMG ed i PLS il documento sulle procedure di gestione NAD (Nutrizione Artificiale Domiciliare), per la sua definitiva adozione con Deliberazione del Direttore Generale, si chiede cortesemente di inviare il file in allegato ("disciplinare NAD FIRMATO.pdf") a tutti i partecipanti dei CPA (sia dei MMG, sia dei PLS) e di inserire la voce: "Condivisione del documento Procedure NAD" nell'ordine del giorno delle prossime riunioni.

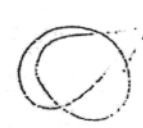
Inoltre, si chiede gentilmente di avvisare la sottoscritta delle date in cui si terranno le suddette riunioni.

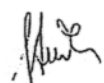
Ringraziando per la collaborazione, si porgono distinti saluti.

D'ORDINE DEL DIRETTORE SANITARIO ASL BA
Il Dirigente Medico di Direzione Sanitaria Aziendale
Dott.ssa Simona Mudoni

ASLBA

Nutrizione Artificiale Domiciliare
PROCEDURE DI GESTIONE

INTRODUZIONE

La Nutrizione Artificiale (NA) è una procedura terapeutica mediante la quale è possibile soddisfare integralmente i fabbisogni nutrizionali di pazienti non altrimenti in grado di alimentarsi sufficientemente per via naturale.

Per le indicazioni alla NA e la sua conduzione si fa espresso riferimento a quanto previsto dalle Linee Guida Nazionali SINPE. Il trattamento NA deve essere realizzato secondo criteri di appropriatezza, qualità e sicurezza.

La Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD), presenta le stesse indicazioni della Nutrizione Artificiale ospedaliera previste nelle Linee Guida nazionali ed internazionali.

La NAD consente di trattare a domicilio pazienti, in condizioni di stabilità clinica, che altrimenti avrebbero necessità di ricovero ospedaliero per ricevere il solo trattamento nutrizionale, evita il protrarsi della ospedalizzazione e facilita la totale reintegrazione familiare, sociale e lavorativa del malato riducendo sensibilmente la spesa sanitaria.

L'età avanzata e le patologie di base maligne non devono essere considerate controindicazioni assolute alla NAD.

La NAD è indicata in presenza di specifiche condizioni cliniche e ambientali:

- impossibilità a mantenere o a reintegrare, quando necessario, lo stato di nutrizione del paziente con la sola alimentazione orale, per alterazione di una o più funzioni dell'apparato digerente, o per impossibilità del paziente ad alimentarsi;
- stabilità del quadro clinico e possibilità di gestione della patologia di base e della nutrizione a livello domiciliare;
- il domicilio del paziente deve avere caratteristiche di salubrità che assicurino la possibilità di una gestione corretta della NAD;
- nei pazienti non autosufficienti per la gestione, deve essere presente un caregiver adeguato o, in sua assenza, il trattamento deve essere inserito in un servizio di assistenza domiciliare territoriale.
- in generale, la NAD viene ritenuta non indicata quando la durata prevista del trattamento sia inferiore ai 90 giorni.

Va tuttavia rilevato che l'inesistenza di studi randomizzati e la notevole varietà sia di pazienti che di stati patologici nei quali la NAD può essere praticata, richiede una valutazione clinica individuale di ogni singolo caso, ma anche la conoscenza di specifiche Linee Guida, come quelle emanate dalla SINPE e come le Linee di indirizzo sui percorsi nutrizionali nei pazienti oncologici, dicembre 2017.

Nel caso in cui il paziente abbia indicazione alla NAD, ma non esistano le condizioni ambientali necessarie, esso deve poter ricevere il trattamento in strutture sanitarie o assistenziali adeguate, il cui reperimento è a carico del Distretto di residenza.

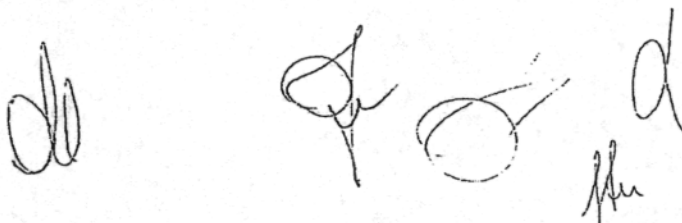
La scelta del tipo di trattamento di NAD: NED (Nutrizione Enterale Domiciliare) o NPD (Nutrizione Parenterale Domiciliare), verrà effettuata dal medico esperto in nutrizione in considerazione della funzione intestinale residua.

Al fine di dare attuazione alla gara espletata dalla ASL BA per la Nutrizione Artificiale, Parenterale ed Enterale domiciliare, giuste Delibere n.373 del 24.02.2016, n. 1359 del 22.07.2016 e n. 1567 del 30.08.2016, si rende necessario individuare le strutture e i soggetti abilitati alla prescrizione e definire le procedure per la prescrizione, erogazione e fornitura dei prodotti.

ACCESSO ALLA NAD: PRESCRIZIONE, EROGAZIONE E FORNITURA DEI PRODOTTI.

Il percorso di accesso alla NAD prevede:

- la selezione del paziente con indicazione alla NAD
- la visita specialistica e l'acquisizione del consenso informato al trattamento da parte del paziente/care giver



- la prescrizione da parte del medico nutrizionista della formula nutrizionale personalizzata/standard e la definizione della tipologia di NAD, enterale o parenterale, con o senza servizio
- la fornitura di preparati nutrizionali
- la presa in carico del malato
- il collegamento informativo-professionale con il MMG/PLS del paziente per la continuità terapeutica
- il monitoraggio clinico e nutrizionale del paziente
- la prevenzione ed il trattamento delle complicanze della NAD
- la decisione della eventuale sospensione o svezzamento del trattamento NAD.

1. Soggetti Prescrittori

L'ASL BA ritiene abilitati alla prescrizione i centri individuati dalla Regione Puglia con la Determina Dirigenziale n. 183 del 03/06/2010 ed altri sotto indicati:

- U.O. di Gastroenterologia Universitaria del Policlinico Bari,
- U.O. di Gastroenterologia ospedale San Paolo Bari, ASL BA
- U.O. di Gastroenterologia Ospedale Civile Trani, ASL BAT
- U.O. di Gastroenterologia Ospedali Riuniti Foggia
- U.O. di Dietetica e Nutrizione Clinica Ospedale "Perrino" Brindisi, ASL BR
- U.O. di Endocrinologia e Metabolismo dell'Ospedale "SS. Annunziata" Taranto, ASL TA
- U.O. di Dietetica e Nutrizione Clinica dell'Ospedale "Vito Fazzi" Lecce, ASL LE
- medici della ASL BA competenti in nutrizione artificiale, individuati dalla Direzione Strategica.

Le prescrizioni rilasciate da centri NAD, da UU.OO. di Gastroenterologia o altre UU.OO. assimilabili di altre Regioni saranno ritenute valide laddove le strutture prescriventi abbiano rilevanza scientifica; in mancanza si farà riferimento allo specialista nutrizionista della ASL BA.

Le predette strutture e gli specialisti operano come centri NAD con l'obiettivo di:

- soddisfare i fabbisogni nutrizionali di pazienti non altrimenti in grado di alimentarsi sufficientemente per via naturale, attraverso la prescrizione/revisione di terapia;
- prevenire il rischio nutrizionale, prevenire e curare la malnutrizione.

2. I Pazienti destinatari

Possono accedere alla NAD quelle persone che:

- si trovano in una delle condizioni patologiche previste dalle Linee Guida
- sono presso il loro domicilio o sono degenti in struttura residenziale territoriale sanitaria o sociosanitaria
- sono ospedalizzate ma in procinto di essere dimesse come Dimissione Ospedaliera Protetta.

Si specifica che qualora il paziente abbia eletto domicilio in Distretto diverso da quello di residenza ed abbia effettuato in esso la scelta del MMG/PLS la presa in carico e la gestione della NAD sarà a cura del Distretto di domicilio.

COMPITI E FUNZIONI DEI SOGGETTI COINVOLTI

II MMG/PLS:

- richiede la visita nutrizionale (prima visita, visita di controllo per monitoraggio o rinnovo)
- effettua la sorveglianza del paziente in NAD per individuare tempestivamente eventuali segni precoci di complicanze del trattamento nutrizionale artificiale

- mantiene il collegamento informativo-professionale con il Centro NAD ed il Distretto S.S. territorialmente competente del paziente per assicurare la continuità terapeutica.

Il Centro NAD

Il medico nutrizionista visita il paziente e redige, se necessario, su apposito modulo e in duplice copia il PNI (Piano Nutrizionale Individuale), di cui una copia deve essere rilasciata al paziente affinché la consegna al suo MMG/PLS che ha richiesto la consulenza nutrizionale, mentre l'altra deve essere inserita nella cartella clinica se il paziente è ospedalizzato, nella Scheda Domiciliare se in Cure Domiciliari. La prescrizione del PNI dovrà avvenire utilizzando gli appositi moduli in allegato:

- Lotto 1-Trattamento di nutrizione parenterale Long Term con miscela nutrizionale personalizzata;
- Lotto 2-Trattamento di nutrizione parenterale Short Term con miscela nutrizionale standardizzata
- Lotto 2 A-Trattamento di nutrizione parenterale per pazienti oncologici
- Lotto 3-Trattamento di nutrizione enterale per PEG o sondino NG.

La modalità operativa sarà quella di seguito descritta:

1. per pazienti degenti in strutture ospedaliere: invio richiesta di consulenza specialistica via e-mail al centro NAD di riferimento della Azienda cui appartiene la struttura di ricovero;
2. per pazienti a domicilio deambulanti e/o trasportabili: richiesta di visita specialistica su impegnativa regionale, prenotazione CUP e visita ambulatoriale;
3. per pazienti a domicilio allettati, non deambulanti: visita specialistica a domicilio.
4. Per pazienti in dimissione dai centri abilitati alla prescrizione (indicati in precedenza): il centro NAD provvederà ad esprimere il proprio parere sulla prescrizione fornita in fase di dimissione del paziente.

Il Centro NAD/specialista competente in nutrizione, sulla base della richiesta proveniente dal medico ospedaliero o territoriale, stabilisce l'indicazione alla NAD e diviene responsabile del percorso diagnostico terapeutico. Il Centro NAD/specialista competente in nutrizione collabora con il MMG/PLS e con le U.O. di Cure Domiciliari dei Distretti.

In fase di avvio provvede a:

- scegliere la via d'accesso ottimale;
- acquisire il consenso informato del paziente o del caregiver;
- coordinare tutti gli aspetti clinici e gestionali dell'avvio della NAD;
- effettuare il training del paziente e dei caregiver;
- consegnare al paziente o al caregiver il manuale d'istruzioni contenente informazioni per le procedure di preparazione dei nutrienti, per l'utilizzo della pompa infusoriale, sui possibili rischi e sulle metodiche per risolvere le problematiche più frequenti ed istruzioni di comportamento nelle eventuali situazioni di emergenza;
- consegnare al paziente o al caregiver la documentazione relativa alle figure professionali da contattare, in grado di comprendere le necessità e le problematiche;
- consegnare al paziente o al caregiver un protocollo di assistenza che include il programma di monitoraggio.

AVVIO NUTRIZIONE ARTIFICIALE

Paziente a domicilio o degente in struttura residenziale territoriale sanitaria o sociosanitaria

Il Medico (MMG/PLS, medico Hospice) che ha in carico il paziente, in presenza di malnutrizione o rischio di svilupparla procede a richiedere una consulenza nutrizionale ad uno dei soggetti prescrittori - centri NAD.

Il Centro NAD effettua la valutazione nutrizionale, redige il PNI, acquisisce il consenso al trattamento e indirizza il paziente o il suo care giver all'U.O. Assistenza Sanitaria di Base del Distretto di

4



residenza/domicilio del paziente. Le strutture residenziali territoriali sanitarie o sociosanitarie (Hospice, RSA, RSSA) sono da considerarsi domicilio del paziente ove questi abbia scelto un MMG nel Distretto in cui insistono le strutture.

L'U.O. Assistenza Sanitaria di Base del Distretto di residenza/domicilio, cui dovrà pervenire copia del PNI, censisce il paziente in apposito registro informatico in cui saranno riportati i dati anagrafici, il MMG/PLS, il care giver, il tipo di nutrizione prescritta e l'eventuale assistenza del paziente in ADI. Detta U.O. trasmette il PNI al MMG/PLS del paziente e alla Farmacia Territoriale di riferimento del Distretto, per l'attivazione della fornitura. Tale Farmacia provvederà allo smistamento della richiesta in funzione dell'organizzazione interna dell'Area Farmaceutica Territoriale.

Il MMG/PLS ove ritenga necessario attivare anche l'Assistenza Domiciliare Integrata sanitaria o sociosanitaria, redige una proposta di Cure Domiciliari che dovrà pervenire alla PUA del Distretto unitamente alla richiesta di assistenza domiciliare sottoscritta dal paziente. Qualora il paziente sia già assistito in ADI, evidentemente la proposta non sarà necessaria a meno che non sia necessario modificare il PAI.

Attraverso il coordinamento dell'attività delle Unità Operative distrettuali coinvolte (U.O. Assistenza Sanitaria di Base e U.O. Cure Domiciliari) alla Farmacia Territoriale dovrà pervenire specifica informativa relativa alla gestione del paziente in NA; sarà necessario specificare se la somministrazione della NA sarà effettuata dal personale della ASL (soggetti in ADI) ovvero se dovrà essere attivato il service.

L'U.O. Cure Domiciliari del Distretto, in caso di richiesta di attivazione ADI, preso atto della prescrizione e del piano nutrizionale nonché della proposta di assistenza domiciliare del MMG/PLS, effettua insieme a quest'ultimo la valutazione sanitaria finalizzata a redigere il Piano Assistenziale Individuale (PAI) domiciliare di cui il PNI diventa parte integrante.

L'Area Farmaceutica Territoriale provvederà, sulla base della tipologia NAD prescritta, ad emettere gli ordini sino alla data di validità del PNI, dandone comunicazione all'U.O. Assistenza Sanitaria di Base del Distretto di residenza del paziente. Sarà cura della predetta U.O. informare il MMG/PLS per il monitoraggio terapeutico (follow-up, sospensioni, variazioni ed eventuali rinnovi del PNI) e acquisire le certificazioni mensili della regolare esecuzione del servizio/fornitura nonché di gradimento dal care giver; dette certificazioni saranno inviate alla Farmacia Territoriale di riferimento di ciascun Distretto per consentirle l'adozione degli atti propedeutici alla liquidazione.

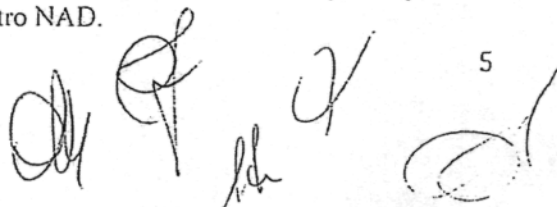
Si specifica che il MMG/PLS del paziente o l'infermiere che segue al domicilio il paziente potranno rapportarsi con il prescrittore o con il Centro NAD per riferire di eventuali problematiche riguardanti la NA riscontrate durante il nursing.

Qualora, in corso di trattamento, cambino le condizioni cliniche e/o socio-abitative dell'assistito e, quindi, il setting assistenziale domiciliare/residenziale il Distretto dovrà darne informativa alla farmacia territoriale.

Paziente Ospedalizzato in Dimissione Ospedaliera Protetta

Con congruo anticipo e, comunque, almeno cinque giorni lavorativi prima della dimissione ospedaliera l'U.O. di degenza attiverà le procedure per la Dimissione Protetta, come da Delibera ASL BA n. 1820 del 01.10.2014. Nell'ambito delle procedure di Dimissione Protetta, nel caso di un paziente con malnutrizione o rischio di svilupparla, il Medico ospedaliero, valutate le condizioni cliniche, richiederà consulenza nutrizionale al Centro NAD/specialista competente in nutrizione. Il medico nutrizionista visiterà il paziente e stilerà, laddove ritenuto necessario, un PNI. Il PNI diventerà parte integrante dei suggerimenti terapeutici per il MMG/PLS alla dimissione.

Gli adempimenti successivi seguiranno la procedura solita delle Dimissioni Protette e quanto previsto nel paragrafo precedente circa gli adempimenti a cura Centro NAD.



Handwritten signatures and initials, including a large '5' in the upper right corner.

U.O. Assistenza Sanitaria di Base dei Distretti Socio Sanitari

L'U.O. Assistenza Sanitaria di Base:

- raccoglie le richieste di attivazione NAD/PNI
- le invia per conoscenza al MMG/PLS del paziente e le censisce in apposito registro informatico dove verranno annotati i dati anagrafici dei pazienti, l'MMG/PLS, la data di avvio della NAD, la durata del PNI, le certificazioni mensili dei pazienti/caregiver, la fine del trattamento e l'eventuale assistenza da parte dell'U.O. Cure Domiciliari
- le inoltra all'Area Farmaceutica Territoriale, sentita l'U.O. Cure Domiciliari per gli aspetti di competenza
- riceve le comunicazioni di avvio della NAD/attivazione fornitura dalla Farmacia Territoriale
- le inoltra al MMG/PLS dei pazienti
- raccoglie le attestazioni di regolare esecuzione del contratto dal caregiver, per i pazienti non in ADI e dall'U.O. Cure Domiciliari per i pazienti in ADI
- le riporta nel registro informatico
- ne invia copia alla Farmacia Territoriale di riferimento del DSS, competente per residenza del paziente, per gli atti di liquidazione.

U.O. Cure Domiciliari dei Distretti Socio Sanitari

Nel caso di presa in carico del paziente in ADI, l'U.O. Cure Domiciliari:

- dà attuazione al PNI integrandolo nel PAI
- provvede agli interventi di competenza e comunica l'eventuale dimissione o variazione di setting assistenziale all'U.O. Assistenza Sanitaria di Base
- collabora con l'Area Farmaceutica Territoriale e con il Centro NAD
- riceve mensilmente le comunicazioni di gradimento e regolare esecuzione del servizio dei pazienti/care giver e le inoltra all'U.O. Assistenza Sanitaria di Base.

Il paziente /Il caregiver

Il paziente o il caregiver, in caso di minore età o impossibilità alla firma/interdizione, attesta la regolarità e completezza della fornitura delle miscele nutrizionali/servizio NAD al fine di consentire il controllo della regolare esecuzione del contratto, tramite compilazione e sottoscrizione di un modulo ad hoc predisposto (allegato).

Detto modulo, con frequenza mensile, dovrà essere consegnato al Distretto, all'U.O. Assistenza Sanitaria di Base/(Cure Domiciliari solo per pazienti in ADI), che annoterà nel registro informatico la consegna del modulo, ne effettuerà copia e lo trasmetterà alla Farmacia Territoriale di riferimento per Distretto di residenza/domicilio del paziente.

Il Farmacista territoriale

- La Farmacie Territoriali di riferimento di ciascun Distretto provvederanno ad emettere gli ordini, sulla base della tipologia di NAD prescritta e sino alla data di validità del PNI dandone comunicazione all'U.O. Assistenza Sanitaria di Base del Distretto di residenza del paziente. Qualora venga richiesta l'attivazione del service, l'emissione degli ordini sarà effettuata dalla Farmacia Territoriale di Acquaviva delle Fonti.
- Effettua il monitoraggio delle prescrizioni e delle terapie nutrizionali
- Liquidava le fatture, corredate di bolle di consegna e certificazioni di avvenuta esecuzione del servizio prodotte dai caregiver dell'avvenuto trattamento NAD.

ASLBA

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO E FORNITURA
NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIARE per ASLBARI. Lotto 1
Per il DSS di _____

PARTE DI COMPETENZA DEL MEDICO PRESCRITTORE

COGNOME e NOME PAZIENTE.....

NATO A IL.....

INDIRIZZO.....

CODICE SANITARIO/FISCALE.....

TELEFONO (Paziente) TELEFONO (Familiare di rif.)

Altre informazioni utili per la consegna (campanello etc)

MMG/PLS del paziente

DIAGNOSI.....

VIA DI ACCESSO: ☐ PERIFERICO : ☐ CENTRALE

CVC tipo: ☐ PERCUTANEO ☐ PORT ☐ PICC

Si richiede Trattamento di Nutrizione Parenterale LONG TERM con miscela nutrizionale personalizzata (lotto 1 gara NPD ASLBARI) con fornitura di:

- Sacche per nutrizione parenterale personalizzata secondo prescrizione medica allegata:

VOLUME TOTALE DA INFONDERE (ML).....; ORE TOTALI DI INFUSIONE.....

VELOCITA' DI INFUSIONE (ML/H)

- VITAMINE:ML:; OLIGOELEMENTI:ML:

-LIPIDI:ML:; Regolatore di flusso e/o Deflussore per pompa

- kit inizio / termine infusione

- kit medicazione e materiale vario per infusione, medicazione e disinfezione

- Siringa preriempita di sodio cloruro 0,9%; - Fiala di Eparina se richiesta in prescrizione

- Addestramento del paziente e/o del caregiver e servizio di reperibilità per assistenza tecnica h24

- In comodato d'uso accessorio: Frigorifero, Pompa infusoria più seconda pompa scorta e Piantana

DATA PRESUNTA DI INIZIO TRATTAMENTO PER UN PERIODO DI.....

Data..... TIMBRO e FIRMA.....

Parte riservata al Distretto: Data di arrivo

☐ Il pz. è/sarà preso in carico ADI

☐ Servizio da esternalizzare

Firma e timbro

Oggetto: CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DI NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIARE

Il sottoscritto nato a il, residente a (..) in via n. (n. telefonico:; cell.:; citofono domicilio:) seguito dalla U.O.C. di del Presidio Ospedaliero di affetto da " " attesta di essere a conoscenza che il trattamento di Nutrizione Parenterale Totale Domiciliare rappresenta attualmente l'unica scelta terapeutica per la propria condizione clinica e che tale trattamento è quindi indispensabile ed insostituibile per il controllo clinico e nutrizionale della malattia.

Dichiara quindi di essere stato dettagliatamente informato dal dott. circa i vantaggi, i rischi del suddetto trattamento e gli eventuali svantaggi dipendenti dalla sua mancata realizzazione.

In particolare dichiara di essere stato informato che il trattamento di Nutrizione Parenterale Domiciliare può presentare i seguenti rischi:

• complicanze del catetere venoso centrale CVC:

precoci: puntura arteriosa accidentale, pneumotorace, emotorace, aritmia, malposizione, 'ematoma locale, dolore locale

tardive: pneumotorace ad insorgenza tardiva, dislocazione o migrazione, ostruzione, trombosi venosa centrale, infezione dell'emergenza cutanea, del tunnel, della tasca del reservoir, dei punti di fissaggio, sepsi

• complicanze metaboliche: sindrome da rialimentazione, sindrome da iperalimentazione, alterazioni idro-elettrolitiche, iperglicemia o ipoglicemia, alterazioni equilibrio acido-base, ipertrigliceridemia, malattia metabolica dell'osso, carenza o accumulo di micronutrienti, complicanze epatiche

Il sottoscritto riferisce di aver compreso che la mancata realizzazione di questo trattamento può invece presentare importanti svantaggi che gli sono stati singolarmente illustrati:

• malnutrizione severa

• aumentato rischio di infezioni

• ridotta risposta ed efficacia delle terapie

• aggravamento della patologia di base

Infine il sottoscritto dichiara che per garantire la qualità e la sicurezza del trattamento, si atterrà scrupolosamente a tutte le istruzioni che riceverà durante la fase di addestramento da parte del personale infermieristico esperto in Nutrizione Parenterale Domiciliare.

Firma del paziente e/o caregiver

Firma del medico prescrittore



ASLBA

**RICHIESTA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO E FORNITURA
NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIARE per ASLBARI. Lotto 2**

Per il DSS di _____

PARTE DI COMPETENZA DEL MEDICO PRESCRITTORE

COGNOME e NOME PAZIENTE.....

NATO A IL.....

INDIRIZZO.....

CODICE SANITARIO/FISCALE.....

TELEFONO (Paziente) TELEFONO (Familiare di rif.)

Altre informazioni utili per la consegna.....

MMG/PLS del paziente

Diagnosi.....

Velocità di infusione (ml/h) Via di accesso: ☐ C.V.C. tipo ☐ PORT

Si richiede Trattamento di Nutrizione Parenterale short term con miscela nutrizionale standardizzata (lotto 2 gara NPD ASLBARI) così articolato:

-addestramento del paziente e/o del caregiver

-Fornitura di sacche per nutrizione parenterale dikcal totali eml

-Fornitura di vitamine idrosolubili n. fl/die..... vitamine liposolubili n. fl/die.....
oligoelementi n. fl/die.....

-Fornitura di regolatore di flusso e/o pompa per infusione con deflussore a corredo

-Materiale vario per rinfusione, medicazione e disinfezione

-Piantana; Siringa preriempita di sodio cloruro 0,9%

DATA PRESUNTA DI INIZIO TRATTAMENTO PER UN PERIODO DI.....

Data..... TIMBRO e FIRMA.....

Parte riservata al Distretto: Data di arrivo

- ☐ Il pz. è/sarà preso in carico ADI
☐ Servizio da esternalizzare

Firma e timbro



RICHIESTA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO E FORNITURA
NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIARE per ASLBARI Allegato Lotto2/a

ASLBA

PER IL DSS _____

PARTE DI COMPETENZA DEL MEDICO PRESCRITTORE

COGNOME e NOME PAZIENTE.....

NATO A IL.....

INDIRIZZO.....

CODICE SANITARIO/FISCALE.....

TELEFONO (Paziente) TELEFONO (Familiare di rif.).....

Altre informazioni utili per la consegna.....

M.M.G/P.L.S..... TEL.....

DIAGNOSI.....

(se patologia neoplastica specificare se si tratta di malattia avanzata o meno e il trattamento in atto)

INDICAZIONI ALLA NPD per pazienti oncologici

☐ pazienti sottoposti a terapia con alte dosi e trapianto di midollo osseo;

☐ pazienti in cui lo stato di malnutrizione può rendere impossibile la somministrazione della terapia;

☐ pazienti in fase avanzata di malattia, in cui la prognosi sia tale da permettere di definire il rischio di morte per malnutrizione più elevato del rischio per morte di neoplasia (cachessia neoplastica con aspettativa di sopravvivenza superiore ai 2 mesi: *Karnofsky Performance Status* >50).

Si richiede trattamento di Nutrizione Parenterale *short-term* con miscela nutrizionale standardizzata (lotto 2 gara NPD ASLBARI) così articolato:

-addestramento del paziente e/o del caregiver

-Fornitura di sacche per nutrizione parenterale dikcal totali eml

-Velocità di infusione (ml/h) Via di accesso: ☐ C.V.C. tipo ☐ PORT ☐ C.V.P.

-Fornitura di vitamine idrosolubili n°fl/di Fornitura di vitamine liposolubili n°fl/di

-Fornitura di oligoelementi n°fl/di

-Fornitura di regolatore di flusso e/o pompa per infusione con deflussore a corredo

-Materiale vario per infusione, medicazione e disinfezione; -Piantana; -Siringa preriempita di sodio cloruro 0,9%.

Il fabbisogno è previsto per giorni

DATA PRESUNTA DI DIMISSIONE.....

Data..... TIMBRO e FIRMA.....

Parte riservata al Distretto: Data di arrivo

☐ Il pz. è/sarà preso in carico ADI

☐ Servizio da esternalizzare

Firma e timbro

Oggetto: CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DI NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIARE

Il sottoscritto nato a il, residente a (...) in via n. (n. telefonico:; cell.:; citofono domicilio:) seguito dalla U.O.C. di del Presidio Ospedaliero di affetto da " " attesta di essere a conoscenza che il trattamento di Nutrizione Parenterale Totale Domiciliare rappresenta attualmente l'unica scelta terapeutica per la propria condizione clinica e che tale trattamento è quindi indispensabile ed insostituibile per il controllo clinico e nutrizionale della malattia.

Dichiara quindi di essere stato dettagliatamente informato dal dott. circa i vantaggi, i rischi del suddetto trattamento e gli eventuali svantaggi dipendenti dalla sua mancata realizzazione.

In particolare dichiara di essere stato informato che il trattamento di Nutrizione Parenterale Domiciliare può presentare i seguenti rischi:

• complicanze del catetere venoso centrale CVC:

precoci: puntura arteriosa accidentale, pneumotorace, emotorace, aritmia, malposizione, ematoma locale, dolore locale

tardive: pneumotorace ad insorgenza tardiva, dislocazione o migrazione, ostruzione, trombosi venosa centrale, infezione dell'emergenza cutanea, del tunnel, della tasca del reservoir, dei punti di fissaggio, sepsi

• complicanze metaboliche: sindrome da rialimentazione, sindrome da iperalimentazione, alterazioni idroelettrolitiche, iperglicemia o ipoglicemia, alterazioni equilibrio acido-base, ipertrigliceridemia, malattia metabolica dell'osso, carenza o accumulo di micronutrienti, complicanze epatiche

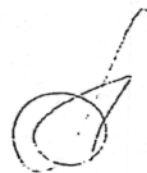
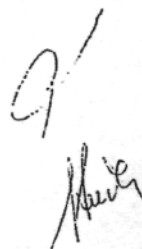
Il sottoscritto riferisce di aver compreso che la mancata realizzazione di questo trattamento può invece presentare importanti svantaggi che gli sono stati singolarmente illustrati:

- malnutrizione severa
- aumentato rischio di infezioni
- ridotta risposta ed efficacia delle terapie
- aggravamento della patologia di base

Infine il sottoscritto dichiara che per garantire la qualità e la sicurezza del trattamento, si atterra scrupolosamente a tutte le istruzioni che riceverà durante la fase di addestramento da parte del personale infermieristico esperto in Nutrizione Parenterale Domiciliare.

Firma del paziente e/o caregiver

Firma del medico prescrittore



ASLBA

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO E FORNITURA

**NUTRIZIONE ENTERALE DOMICILIARE per PEG o Sondino Naso-gastrico
per ASLBARI. Lotto 3**

Per il DSS di competenza

PARTE DI COMPETENZA DEL MEDICO PRESCRITTORE

COGNOME e NOME PAZIENTE.....

NATO A IL.....

INDIRIZZO.....

CODICE SANITARIO/FISCALE.....

TELEFONO (Paziente) TELEFONO (Familiare di rif.)

Altre informazioni utili per la consegna (campanello etc)

MMG/PLS del paziente

Diagnosi.....

Via di accesso: ☐ PER PEG ☐ PER SONDINO NASO GASTRICO

Eventuali comorbidità:

Diabete ☐ Insufficienza renale ☐ Epatopatie

Dialisi ☐ Altro

Per il trattamento della sua patologia necessita del prodotto per nutrizione:

di Kcalml alla dose di per un arco di tempo di

..... Velocità di infusione (ml/h)

l'addestramento del paziente e del personale addetto all'assistenza domiciliare

servizio di assistenza telefonica tramite numero verde attivo

l'informatizzazione del servizio ai fini del monitoraggio

Pompa peristaltica di dimensioni contenute con piantana (attivazione e manutenzione dell'apparecchiatura full risk)

Deflussori n. 31 mese per pompa nutrizionale con connessione universale ambo i lati.

Sacche in EVA o PVC n.31 mese compatibili (min 500 max 2000 ml) sterili chiusura ermetica rispondenti ai requisiti delle " norme di buona fabbricazione " e a quelli della monografia " contenitori in plastica per soluzioni perfusionali " della F.U. Vigente

PEG /S.N.G. / KIT infermieristico (fabbisogno presunto mensile)

DATA PRESUNTA DI INIZIO TRATTAMENTO PER UN PERIODO DI.....

Data..... TIMBRO e FIRMA.....

Parte riservata al Distretto: Data di arrivo

- ☐ Il pz. è/sarà preso in carico ADI
☐ Servizio da esternalizzare

Firma e timbro

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DI NUTRIZIONE ENTERALE DOMICILIARE

La sottoscritta _____ figlia/genitore _____, nato a _____ il ____ e ivi residente in via _____ (CF: _____; cell. _____ campanello: _____, affetta da "Grave disfagia e severa malnutrizione in paziente con Morbo Di Parkinson. Portatrice di PEG", dichiara di essere stata dettagliatamente informata dal Dott. _____ circa i vantaggi, i rischi e gli eventuali svantaggi dipendenti dalla mancata realizzazione del trattamento.

In particolare dichiara di essere stata informata che il trattamento di Nutrizione Enterale Domiciliare può presentare i seguenti rischi :

- complicanze della stomia: aspirazione polmonare, emorragia, peritonite, infezione o fascite peristomale, ostruzione della sonda, danneggiamento della sonda, ostruzione intestinale da migrazione della sonda, fistola enterica residua, malposizione della sonda
- complicanze delle sonde naso-enteriche: ostruzione, angolatura, rimozione o deposizionamento accidentale, emorragie, perforazioni, ulcere da decubito, infiammazione, infezione e necrosi, intubazione tracheale
- complicanze della infusione di nutrienti: distensione e dolori addominali, diarrea, vomito, rigurgito, aspirazione nelle vie aeree
- complicanze metaboliche: sindrome da rialimentazione, sindrome da iperalimentazione, alterazioni idro-elettrolitiche , iperglicemia o ipoglicemia, alterazioni equilibrio acido-base, ipertrigliceridemia, malattia metabolica dell'osso, carenza o accumulo di micronutrienti

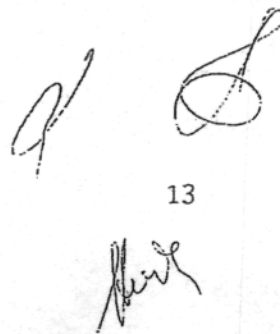
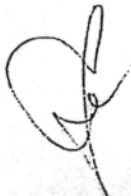
La sottoscritta riferisce di aver compreso che la mancata realizzazione di questo trattamento può invece presentare importanti svantaggi che gli sono stati singolarmente illustrati:

- malnutrizione severa
- aumentato rischio di infezioni
- ridotta risposta ed efficacia delle terapie
- aggravamento della patologia di base

Infine la sottoscritta dichiara che per garantire la qualità e la sicurezza del trattamento si atterrà scrupolosamente a tutte le istruzioni che riceverà durante la fase di addestramento da parte del personale dietistico esperto in Nutrizione Enterale Domiciliare.

Firma del paziente e/o caregiver

Firma del medico prescrittore



ASLBA

Regione Puglia

Azienda Sanitaria Locale BA

Sede: Lungomare Starita, 6 - 70123 BARI

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. ...

Via

e-mail:

ATTESTAZIONE DI REGOLARE ESECUZIONE DEL SERVIZIO DI NUTRIZIONE ARTIFICIALE

Il/la sottoscritto/a _____ (☐ paziente/☐ caregiver)

nato/a a _____ il _____ residente in _____

alla Via _____ n. _____

presa visione del Capitolato Tecnico della procedura per l'affidamento del Servizio di Nutrizione Artificiale,

lotto _____

DICHIARA CHE

Le prestazioni/forniture sono state regolarmente eseguite dalla Ditta _____

per il mese di _____ anno _____.

Segnala interruzione del servizio NAD:

☐ SI per giorni _____ per i seguenti motivi _____ (es. ricovero, trasferimento, altro,...)

☐ NO.

Dichiara, altresì, che il suddetto Servizio è stato erogato con il seguente livello di soddisfazione:

☐ insufficiente

☐ sufficiente

☐ buono

☐ ottimo

Suggerimenti _____

Data _____

In fede

