

## RICHIESTA INTEGRATORI ALIMENTARI PER OS - MODULO PER AREA TERRITORIALE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualità di  LOGOPEDISTA  
 MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

richiede per

il/la

sig/sig.ra : \_\_\_\_\_

Diagnosi: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ kg

BMI \_\_\_\_\_

Altezza \_\_\_\_\_ cm

**Consistenza dieta:**

LIQUIDA  SEMISOLIDA/MORBIDA  SOLIDA

**Presenta difficoltà alla deglutizione:**

SI  NO

**E' stato valutato dal logopedista (allegare referto):**

SI  NO

**E' stato valutato dal foniatra (allegare referto):**

SI  NO

**Ha effettuato negli ultimi mese una visita dietologica?**

SI  NO

La seguente fornitura di integratori nutrizionali:

- |                          |  |          |
|--------------------------|--|----------|
| <input type="checkbox"/> | Addensante istantaneo in polvere barattolo 225 g - AM PLUS                                 | n° _____ |
| <input type="checkbox"/> | Integratore a consistenza cremosa vasetto 125 g - MERITENE CREME                           | n° _____ |
| <input type="checkbox"/> | Gelificante in polvere busta 3,5 g - GEL UP AQUA   | n° _____ |
| <input type="checkbox"/> | Integratore in polvere a base di proteine barattolo 400 g - RESOURCE PROTEIN               | n° _____ |
| <input type="checkbox"/> | Integratore in polvere vitaminico minerale iperproteico barattolo 270 g - MERITENE PROTEIN | n° _____ |
| <input type="checkbox"/> | Integratore liquido ipercalorico iperproteico flac 125 ml - FORTIMEL COMPACT PROTEIN       | n° _____ |
| <input type="checkbox"/> | Integratore liquido ipercalorico flac 125 ml NUTRIDRINK COMPACT                            | n° _____ |
| <input type="checkbox"/> | _____  | n° _____ |

Durata della fornitura: \_\_\_\_\_ giorni

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**NOTE:**

- La richiesta deve giungere alla S.C. Farmacia (n° 0165-543242), anche tramite posta interna o FAX (n° 0165-543279);  
- Il ritiro della fornitura può essere effettuato presso la Farmacia Ospedaliera stessa (Viale Ginevra 1, piano -1), nei seguenti giorni: **LUNEDI, MARTEDI e GIOVEDI dalle h. 12.00 alle h. 15.00**, oppure presso un Consultorio della Valle nel Distretto di residenza del paziente.

SEDE DEL RITIRO:

FARMACIA OSPEDALIERA

CONSULTORIO DEL DISTRETTO