

Modulo 2
Per Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Logopedisti

Il/La _____ sottoscritto/a _____
in qualità di ☐ Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta
☐ Logopedista richiede per il/la _____ sig./sig.ra : _____
Diagnosi: _____
residente a _____
Tel. _____
nato/a il _____
Peso _____ kg BMI _____
Altezza _____ cm

Consistenza dieta:

Presenta difficoltà alla deglutizione:

E' stato valutato dal logopedista (allegare referto):

E' stato valutato dal foniatra (allegare referto):

Ha effettuato negli ultimi mese una visita dietologica?

La seguente fornitura di integratori nutrizionali:

☐	Addensante in polvere per alimenti 300 g (NUTILIS POWDER)	n° _____
☐	Gelificante in polvere per liquidi 240 g (GEL'CLEAR) - GUSTO NEUTRO	_____
☐	Gelificante in polvere per liquidi 760 g (HYDRA CLEAR) - GUSTO ARANCIA	n° _____
☐	Integratore in polvere vitaminico minerale iperproteico 270 g (MERITENE CIOCCOLATO)	n° _____
☐	Integratore in polvere vitaminico minerale iperproteico 335 g (FORTIMEL NEUTRO)	n° _____
☐	Integratore in polvere a base di proteine (90G/100G) 400 g (RESOURCE WHEY PROTEIN)	n° _____
☐	Integratore liquido ipercalorico 200 ml (NUTRIDRINK)	n° _____
☐	Integratore liquido ipercalorico iperproteico 200 ml (RESOURCE HP/HC)	n° _____
☐	Integratore liquido Ipercalorico iperproteico compatto (FORTIMEL COMPACT)	n° _____
☐	Crema ipercalorica iperproteica 125 g (CREMELINE SL)	n° _____
☐	_____ (*)	n° _____

Durata della fornitura (massimo 30 giorni): _____ giorni

☐ RITIRO PRESSO LA FARMACIA OSPEDALIERA

☐ DA INVIARE PRESSO LA STRUTTURA _____

Data, _____ Firma _____

NOTE:

(*) Limitatamente ai prodotti aggiudicati in gara
La richiesta deve giungere alla S.C. Farmacia (tel. 0165 543242) tramite mail (farmacia@ausl.vda.it)

Il ritiro della fornitura può essere effettuato presso l'**Area multifunzionale** (Viale Ginevra 1, piano -1),
nei seguenti giorni: **dal lunedì al venerdì dalle h. 10.00 alle h. 14.00**