

Modulo richiesta ONS - STRUTTURE RESIDENZIALI

Il/La sottoscritto/a _____

in qualità di

Medico

Infermiere

Logopedista

operante presso la struttura _____

n° telefono: _____

richiede per i pazienti

Nome e Cognome _____

Nome e Cognome _____

Nome e Cognome _____

Nome e Cognome _____

Nome e Cognome _____

La fornitura per n.

giorni dei seguenti integratori nutrizionali orali:

Addensante in polvere per alimenti 225 g (AM PLUS)

n°

Gelificante in polvere per liquidi 250 g (AM PLUS CLEAR) - GUSTO ARANCIA o NEUTRO

n°

Integratore in polvere vitaminico minerale iperproteico 270 g (MERITENE CIOCCOLATO)

n°

Integratore in polvere a base di proteine (90G/100G) 500 g (ULK INSTANT iperproteico)

n°

Integratore liquido ipercalorico 200 ml (RESOURCE ENERGY)

n°

Integratore liquido ipercalorico iperproteico 200 ml (RESOURCE HP/HC 320kcal)

n°

Integratore liquido ipercalorico iperproteico 200 ml (HYPERDRINK 400 kcal)

n°

Integratore liquido ipercalorico iperproteico per diabetici 200 ml (RESOURCE DIABET PLUS)

n°

Crema ipercalorica iperproteica 125 g (MERITENE CREME)

n°

Crema ipercalorica iperproteica per diabetici 125 g (RESOURCE DIABET CREME)

n°

n°

Data _____

Firma _____

NOTE:

La richiesta deve giungere direttamente alla S.C. Farmacia (tel. 0165 543242),
preferibilmente tramite mail (farmacia@ausl.vda.it) o fax (n° 0165 543279).

La consegna della fornitura avverrà direttamente presso la Struttura richiedente tramite il Servizio Logistica dell'AUSL, nei giorni e secondo il calendario predisposti.