

S.S. DIP. DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA H1N	OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO MODULO AZIENDALE	MODAZH1N_0020		
	RICHIESTA DIETA A SERENISSIMA	Rev 8	Data 12/06/2023	Pagina 1 di 2

MODULO DI RICHIESTE PER I DIETISTI DELLA DITTA DI RISTORAZIONE
(fax 0105556876 – 6638)

Per (nome e cognome del degente) _____ Data, _____
 Ricoverato presso UO _____ letto n° _____
 cdc: _____

Si richiede l'invio di:

- vitto comune ^{*(1) ** (2) *** (3)}
- vitto comune cremoso ^{*(1) ** (2) *** (3)} (NB: con tale vitto vengono inviati anche 40 g di biscotto granulato per la colazione. Se fosse necessario rendere cremosa la colazione composta da 200 ml di bevanda + 40 g di parte secca, richiedere anche 15 g di addensante compilando la sezione sottostante)
- vitto solido morbido ^{*(1) ** (2) *** (3)}
- vitto solido morbido povero in zuccheri semplici ^{*(1) ** (2) *** (3)}
- integrazione giornaliera con: ^{*(1) ** (2)}
 - n° _____ monop./i di biscotti solubili
 - alimenti (specificare prodotto e n°) _____
 - n° _____ monoporzione/i di biscotti frollini
- integrazione giornaliera con:
 - n° _____ integratore cremoso ipercalorico ^{*(1)}
 - n° _____ integratore cremoso ipercalorico e senza zucchero ^{*(1)}
 - n° _____ integratore liquido ipercalorico e iperproteico ^{*(1)}
 - n° _____ integratore liquido ipercalorico, iperproteico e senza zucchero ^{*(1)}
 - n° _____ bevande gelificate senza zucchero (max 4 pezzi/die) ^{*(1) ** (2) *** (3)}
 - Polvere addensante: 15 g/die 30 g/die ^{*(1) ** (2) *** (3)}
 - n° _____ bustina/e di probiotico (max 2 pezzi/die) ^{*(1) ** (2)}
- n° _____ flaconi/die di _____ per NE (specificare il nome completo della miscela) ^{*(1)}. Di seguito barrare se il paziente necessita ANCHE di:
 - vitto comune
 - vitto comune cremoso
 - vitto solido morbido
 - vitto solido morbido povero di zuccheri semplici
- integrazione per prove di deglutizione con logopedista: ^{*** (3)}

da inviare in reparto il giorno _____, alle ore _____.

Si richiede l'interruzione dell'invio giornaliero di:

- alimenti e/o integratori richiesti come "extra" _____ (specificare nome del prodotto/i da sospendere) ^{*(1) ** (2)}
- miscele per NE: _____ (specificare nome del prodotto/i da sospendere) ^{*(1) ** (2)}

^{*(1)} Può firmare il medico ^{** (2)} Può firmare il coordinatore tecnico/infermieristico ^{*** (3)} Può firmare il logopedista

TIMBRO E FIRMA

Redatto UO H1N	Controllato RAQ U.O.	Approvato Direzione U.O.
-------------------	-------------------------	-----------------------------

S.S. DIP. DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA H1N	OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO MODULO AZIENDALE	MODAZH1N_0020		
	RICHIESTA DIETA A SERENISSIMA	Rev 8	Data 12/06/2023	Pagina 2 di 2

Il modulo in oggetto "RICHIESTA DIETA A SERENISSIMA" (MODAZH1N_0020) può essere utilizzato per richiedere:

1. il vitto comune, il vitto comune cremoso, il vitto solido morbido, o il vitto solido morbido povero di zuccheri semplici;
2. il vitto comune, il vitto comune cremoso, il vitto solido morbido, o il vitto solido morbido povero di zuccheri semplici, revocando una dieta speciale;
3. l'invio di alimenti extra e/o integrazioni orali e/o miscele per nutrizione enterale;
4. l'interruzione dell'invio degli stessi.

In particolare, per quanto riguarda la richiesta di integrazioni:

- medico, coordinatore e logopedista possono richiedere l'invio **del vitto comune, del vitto comune cremoso, del vitto solido morbido, o del vitto solido morbido povero in zuccheri semplici**. Se tali vitti vengono richiesti in sostituzione di una dieta, si rende noto verranno sospese anche eventuali integrazioni in corso (NB: il logopedista non può richiedere la sostituzione di una qualsiasi dieta con un "vitto", ma può richiedere il passaggio da un vitto all'altro).
- Il medico e il coordinatore possono richiedere l'invio di **alimenti extra**.
- Il medico può richiedere **integrazioni di alimenti e/o integratori orali**, specificandone la tipologia e la quantità (si specifica che non è possibile richiedere più di n°3 pezzi/die di supplementi nutrizionali orali calorico-proteici e che in caso di ordini di dubbia congruità, i dietisti della ditta di ristorazione potranno effettuare richieste di chiarimento contattando il reparto).
- medico e coordinatore possono richiedere integrazione con **probiotici** e presidi per disfagia (**bevande gelificate e addensante**), indicandone il quantitativo, direttamente alla ditta di ristorazione, per **TUTTI** i pazienti in carico al reparto. I presidi per disfagia possono essere chiesti anche dal logopedista.
- il medico potrà richiedere **l'invio di miscele per nutrizione enterale (NE)** indicando il tipo di miscela e la quantità. Se il paziente, oltre alle NE, può alimentarsi per os, selezionare la casella per richiedere anche l'invio del **vitto comune, del vitto comune cremoso, del vitto solido morbido e del vitto solido morbido povero di zuccheri semplici**. Qualora non venga indicato nulla, il paziente riceverà solo i prodotti per la nutrizione enterale e verrà impostato il regime di "Dieta Ricettata", che non prevede l'invio di alcun pasto. In caso di necessità dietetiche particolari, per richiedere una dieta speciale, aggiuntiva alla NE, occorre inoltrare su Onesys la richiesta di "Elaborazione di programma nutrizionale" alla UOSD Dietetica e Nutrizione Clinica.
- il logopedista può richiedere l'invio di **alimenti per prove di deglutizione**, specificando la tipologia di alimenti e la quantità (es. n°1 porzione di pasta all'olio 23 minuti). Si richiede, inoltre di indicare la data e l'orario in cui dovranno essere consegnati gli alimenti richiesti.

Di contro, per quanto riguarda la sospensione delle integrazioni:

- medico e coordinatore possono richiedere la sospensione di alimenti "extra", di integratori orali e di miscele enterali, specificandone tipologia e quantità.

Il presente modulo è reperibile nella sezione in Intranet – Ulteriori settori – Servizio di Ristorazione - "Modulo richiesta dieta speciale ditta di ristorazione".

Si rende noto che lo stesso potrà subire variazioni in relazione a eventuali modifiche organizzative/gestionali del servizio di ristorazione.

Redatto UO H1N	Controllato RAQ U.O.	Approvato Direzione U.O.
-------------------	-------------------------	-----------------------------