

Document destiné à :

- Proximos Fax : 022/420 64 81
 imad Fax : 022/420 20 21
 CSI Fax : 022/420 24 61
 Autre Fax :

NUTRITION ARTIFICIELLE : INFOS POUR LE DOMICILE

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse :
 Localité :
 Etage :Code d'entrée :
 Téléphone :
 Tél. mobile :
 Assurance :

Professionnels de contact

Médecin traitant :
Médecin prescripteur :
RCC prescripteur :
 Diététicien(ne) :
 Inf. ou assist soc. :
 Autre :
Unité d'hospitalisation :
Tél de l'unité :

Nutrition entérale (NED)

- totale de complément
 SNG ; réf
 gastrostomie ; réf
 jéjunostomie; réf
 Autre

Posée le :

Hydratation :
 Per os par la sonde

Administration par :
 Pompe Gravité Seringue

Nutrition parentérale (APT)

- totale de complément
 voie veineuse périphérique
 voie veineuse centrale :

 chambre implantée (DAVI)
 autre :

Posée le :

Taille Gripper :

Administration par :
 Pompe portable
 Pompe volumétrique

Suppléments nutritifs oraux (SNO)

| Nom du produit | Dose unitaire | Posologie/24h | Débit | Horaires proposés |
|----------------|---------------|---------------|-------|-------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Commentaires et diagnostic :

Autonomie du patient ou de son entourage : totale partielle faible

Date :
 Date de sortie de l'hôpital :
 Date d'intervention à domicile :
 Durée prévue du traitement :
 Prochain contrôle médical le :

Signature du médecin et tampon :