

Document destiné à :

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

PRESCRIPTION DE NUTRITION PARENTERALE

Etiquette du dossier patient, ou :

Nom :
Prénom :
Date naissance :
Adresse :
Localité :
Etage : Code d'entrée :
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 :

Informations nutritionnelles

Poids : Taille :
Perte de poids sur
les 6 derniers mois : kg
Consommation per os :
 rien
 1/3 portions habituelles
 autre proportion :

Nutrition parentérale (APT)

totale de complément :

VVP
 VVC DAVI PICC Line :

Posée le : Taille Gripper :

par : Pompe portable Pompe + statif

Hydratation ? :

Nom du produit	Vol. (ml)	Posologie (ml)/24h	Durée admin (h) ; Débit (ml/h)	Remarques

Commentaires et diagnostic :

Autonomie du patient ou de son entourage : Totale partielle faible

Date de prescription médicale :	Signature du médecin et tampon :
Date souhaitée de livraison :	
Durée prévue du traitement :	
Prochain contrôle médical le :	