

## PRESCRIPTION DE NUTRITION ENTERALE ADULTE

(\* informations obligatoires)

Etiquette du Dossier Patient ou	
Nom (*) :	_____
Prénom (*) :	_____
Date de naissance :	_____
Adresse :	_____
Code Postal :	_____
Tél. fixe / portable (*) :	_____
Assurance	_____
n°assuré :	_____

<u>Nutrition entérale :</u>	
<input type="checkbox"/> Totale	<input type="checkbox"/> De complément
<u>Voie d'administration :</u>	
<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> PEG
<input type="checkbox"/> PEJ	<input type="checkbox"/> Autre :
Référence sonde :	_____
Posée le :	_____
<u>Administration par :</u>	
<input type="checkbox"/> Pompe	<input type="checkbox"/> Gravité
<input type="checkbox"/> Seringue	

Kcal/ml	Volume (ml)	Protéines (g)/ flacon	Libellé article	Posologie (ml) /24h	Durée admin. (h) Débit (ml/h)
1	500	20	Jevity		
1.1	500	20	Novasource GI Controle		
1.3	500	40.6	Promote Fibre Plus		
	500	33	Isosource Proteine Fibre		
1.5	500	30	Novasource GI Forte		
	500	28	Fresubin Energy Fibre		
1.6	500	30	Isosource Energy Fibre		
2	1000	84	Twocal (sur commande)		
	500	50	Fresubin HP 2Kcal		
Hydro-lysée	1	500	Survimed OPD (sur commande)		
	1.5	1000	Vital Peptido (sur commande)		
Hydratation			Eau		
Autre					

Disponibilité et livraison dans la journée, max 24h. Si hors liste, indiquez précisément la nutrition entérale souhaitée. La livraison aura lieu selon la disponibilité chez le fournisseur. Si le délai de début de traitement est plus court, nous vous proposerons une solution intermédiaire.

Date de prescription médicale :	_____	<b>Signature du médecin et tampon :</b>
Durée prévue du traitement :	_____	
Prochain contrôle médical le :	_____	
Date souhaitée d'intervention à domicile :	_____	

- Suivi par le médecin prescripteur  oui  non
- Suivi par un/e diététicien/ne : .....  oui  non
- Suivi de la compliance par le Homecare et retour d'informations au prescripteur  oui  non
- Si formulaire SVK, également faxé à l'assurance  oui  non