

PRESCRIPTION DE NUTRITION ENTERALE PEDIATRIE

(* 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)
0.75	500	11	Nutrini Low Energy MF		
1	500	13	Infatrini (FOS/GOS)		
	500	13	Nutrini Multi Fibre (sol/Insol)		
	500	20	Nutrison (s/ fibres)		
1.2	250	6.8	Isosource Jr (s/ fibres)		
1.5	500	21	Pediasure Plus fibre		
	500	19	Isosource Jr Energy fibres		
	500	19	Isosource Jr Energy (s/ fibres)		
Hydro -lysée	1	500	15	Peptamen Jr (s/ fibres)	
	1.5	500	23	Peptamen Jr Advance (s/ fibres)	
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 :	
Durée prévue du traitement :	Signature du médecin et tampon :
Prochain contrôle médical le :	
Date souhaitée d'intervention à domicile :	

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| • Suivi par le médecin prescripteur | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Suivi par un/e diététicien/ne : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Suivi de la compliance par le Homecare et retour d'informations au prescripteur | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Si formulaire SVK, également faxé à l'assurance | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |