

# Prescrizione dietetica

## Dati personali del paziente

Nome: \_\_\_\_\_  
Cognome: \_\_\_\_\_  
Data di nascita: \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_  
CAP / Località: \_\_\_\_\_  
Tel. privato: \_\_\_\_\_  
Datore di lavoro: \_\_\_\_\_  
Te. Lavoro: \_\_\_\_\_  
Assicuratore malattia: \_\_\_\_\_  
No. Assicurato: \_\_\_\_\_

Malattia     Incidente     Invalidità

**Numero consultazioni:** \_\_\_\_\_

## Malattia

- Turbe del metabolismo
- Obesità (BMI > 30kg/m<sup>2</sup>)
- Sovrappeso (BMI ≥ 25kg/m<sup>2</sup>) e malattia conseguente che può essere influenzata da una riduzione di peso
- Obesità del bambino e dell'adolescente (BMI > 97° percentile) oppure BMI > 90° percentile e sequele dovute al sovrappeso o in combinazione di esso, ai sensi dell'allegato 1 capitolo 4 Opre
  - 1. Terapia individuale (max 6 consulenze in 6 mesi)
  - 2. Terapia individuale multiprofessionale strutturata (TIMS)
- Malattie cardiovascolari
- Malattie dell'apparato digerente
- Malattie renali
- Stato di malnutrizione o denutrizione
- Allergie alimentari o reazioni allergiche dovute all'alimentazione

## All'attenzione del dietista

Medicamenti: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Risultati delle ultime analisi: \_\_\_\_\_

(ev. allegare copia) \_\_\_\_\_

Diagnosi specifica: \_\_\_\_\_

Osservazioni: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Rapporto relativo al decorso del trattamento

Scritto     Telefonico     E-mail

**Data**

\_\_\_\_\_

**Firma del medico (timbro con no. CCMS)**

\_\_\_\_\_

**Data**

\_\_\_\_\_

**Firma del dietista**

\_\_\_\_\_