

# Tele-consulto

## Paziente a rischio nutrizionale



Data

Nome Cognome

Data della prima valutazione in presenza

Codice fiscale

Esenzione

Cartella n°

Diagnosi in atto:

Prescrizione nutrizionale

Obiettivi concordati con il paziente nell'incontro precedente:

Controllo



Attualmente con quale frequenza mangia: carne \_\_\_\_\_ uova \_\_\_\_\_  
carni trasformate \_\_\_\_\_ pesce \_\_\_\_\_ formaggi \_\_\_\_\_  
legumi \_\_\_\_\_ verdura \_\_\_\_\_ frutta \_\_\_\_\_

Per condire e cucinare usa l'olio d'oliva evo? sì  no  se no, cosa

die porzione \_\_\_\_\_ Controlla l'uso del sale? sì  no

Liquidi \_\_\_\_\_

Sostanze bioattive \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_



### **Gestione dell'alimentazione e della nutrizione**

Contesto dei pasti \_\_\_\_\_

### **Uso di farmaci e prodotti della medicina complementare/alternativa**

Terapia farmacologica attuale inalterata \_\_\_\_\_ modificata \_\_\_\_\_

Prodotti della medicina complementare \_\_\_\_\_

### **Comportamento**

Affaticamento del paziente durante i pasti - Durata dei pasti \_\_\_\_\_

Varietà alimentare sì \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

### **Fattori che influenzano l'accesso al cibo**

### **Attività fisica e funzionalità**

Svolge l'attività fisica con le modalità indicate dal Cardiologo e/o dal Fisioterapista? No \_\_\_\_\_ Sì \_\_\_\_\_

### **Qualità della vita correlata alla nutrizione**

### **Risultati correlati alle misure antropometriche**

Altezza cm \_\_\_\_\_ Misura come concordato il peso?  No  Sì \_\_\_\_\_ Peso riferito Kg \_\_\_\_\_

BMI Kg/m<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ Altro \_\_\_\_\_

Ha fatto esami ematici dall'ultimo contatto?  No  Sì \_\_\_\_\_ Se sì, perché? \_\_\_\_\_

## Risultati correlati a esami biochimici test clinici e procedure

Data	Glicemia	HbA1c	Col Tot	Col LDL	Col HDL	Trigliceridi	Urea	Creatinina	Acido urico	Prealbumina	Albumina	Transferrina

Altro: \_\_\_\_\_

## Risultati correlati all'esame obiettivo nutrizionale

Misura regolarmente la pressione No Sì P.A.

Difficoltà deglutorie:

assenti  peggiorate  altro \_\_\_\_\_

Appetito/digestione

Alvo

Aderenza nutrizionale: ha raggiunto gli obiettivi concordati?  Sì  No  In parte

Criticità riscontrate:

## Diagnosi Nutrizionale (da compilare per eventuale nuova diagnosi)

*Problema*

*correlato a*

*come evidenziato da*

## Intervento nutrizionale

Prescrizione nutrizionale (da compilare per eventuale nuovo intervento)

Educazione nutrizionale (da compilare per eventuale nuovo intervento)

Contenuti educazione: fortificazione dei pasti modifica consistenza

Obiettivi

Altro

Invio materiale didattico informativo



<b>Coordinamento dell'assistenza nutrizionale</b>
Operatori della equipe    Altri professionisti Invio medico curante per consulenza nutrizionale a

Prosecuzione dell'assistenza nutrizionale  
Successivo contatto con dietista  
Tempo totale dell'intervista telefonica minuti

Dietista