

## Valutazione nutrizionale

rev 0.0 2023

Data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

COGNOME	NOME
NATO IL	A
RESIDENTE IN	VIA
RECAPITI TELEFONICI	INDIRIZZO MAIL @
DIAGNOSI	

PATOLOGIE CORRELATE E TERAPIE		
<input type="checkbox"/> DIABETE	<input type="checkbox"/> INSUFFICIENZA RENALE	<input type="checkbox"/> INSUFFICIENZA EPATICA
<input type="checkbox"/> CARDIOPATIA ISCHEMICA	<input type="checkbox"/> IPERTENSIONE ARTERIOSA	<input type="checkbox"/> PIAGHE DA DECUBITO
TERAPIA IN ATTO:		
Valore scala ECOG/Karnofsky _____	Valore scala IPOSS _____	
Valore scala G8 _____	Valore scala qualità di vita _____	

VALUTAZIONE STATO NUTRIZIONALE		
PESO ATTUALE	PESO IDEALE	ALTEZZA
BMI	CIRCONFERENZA BRACHIALE V.N. > 22	CIRCONFERENZA POLPACCIO V.N. > 31
PLICOMETRIA TRICIPITALE SPT V.N. DONNA 11 MM UOMO 19 MM		SOTTOCUTANEO <input type="checkbox"/> IPORAPPRESENTATO <input type="checkbox"/> NORMORAPPRESENTATO
Massa muscolare <input type="checkbox"/> ipertrofica <input type="checkbox"/> normotrofica <input type="checkbox"/> ipotrofica	Alvo <input type="checkbox"/> regolare <input type="checkbox"/> irregolare	
Fatigue <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> assente	Nausea <input type="checkbox"/> Inappetenza <input type="checkbox"/>	
Valutazione impedenzometrica <input type="checkbox"/> SI (VEDI ALLEGATO)	<input type="checkbox"/> NO	
Valutazione con calorimetria indiretta (Q-NRG +) <input type="checkbox"/> SI (VEDI ALLEGATO)	<input type="checkbox"/> NO	
SARC – F (uguale o maggiore di 4 predittivo di sarcopenia)	punteggio:	
HAND GRIP TEST livello: <input type="checkbox"/> debole <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> forte		
PEG <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Data	N.
SNG <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Data	N.
ACCESSO VASCOLARE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Data	TIPO

## Valutazione nutrizionale

rev 0.0 2023

### INDICAZIONI ALLA NUTRIZIONE ARTIFICIALE

#### Introito alimentare attuale:

Basal Energy Expenditure (BEE)	Kcal/die
--------------------------------	----------

Quota idrica/die	ml
------------------	----

Introito liquidi (da infusioni)	ml
---------------------------------	----

Totale urine

Fabbisogno proteico

### RIVALUTAZIONE

Data							
<b>Parametro</b>							
Peso							
Altezza							
BMI							
Circonferenza brachiale							
Circonferenza polpaccio							
Plicometria tricipitale							
Sarc - F							
Hand grip test							
Fatigue							
Alvo							
Nausea							
Inappetenza							
Scala ECOG/ Karnofsky							
Scala IPOSS							
Scala G8							
Valore scala qualità di vita							

Data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Firma e Timbro valutatore/i

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_