



SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE
DI ALIMENTI APROTEICI

Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale dell'Assistito _____

Data di nascita ___/___/___ Sesso M F

Residenza dell'Assistito Regione Lazio ASL _____

Città _____ Indirizzo _____

Diagnosi formulata in data _____

trattamento di pazienti adulti affetti da insufficienza renale cronica di **stadio 4 - 5** (filtrato glomerurale (GFR) inferiore a 30mL/min). **Tetto max di spesa € 120,00**
Filtrato glomerurale (GFR) rilevato: _____

trattamento di bambini fino a 12 anni affetti da insufficienza renale cronica di **stadio 4- 5** (filtrato glomerurale (GFR) inferiore a 30mL/min) . **Tetto max di spesa € 120,00;**
Filtrato glomerurale (GFR) rilevato: _____

trattamento di bambini fino a 12 anni affetti da insufficienza renale cronica di **stadio 4- 5** (filtrato glomerurale (GFR) inferiore a 30mL/min) . **Tetto max di spesa € 160,00 in caso di assunzione di latte aproteico;**
Filtrato glomerurale (GFR) rilevato: _____

DIETA

CATEGORIA MERCEOLOGICA	QUANTITA' IN KG/MESE max 8Kg
Pane	kg/mese:
Pasta	kg/mese:
Farina	kg/mese:
Fette biscottate	kg/mese:
Pancarrè	kg/mese:
Biscotti	kg/mese:
Altri prodotti ipoproteici (specificare):	kg/mese:

Medico Prescrittore Dr / Prof _____

Telefono _____ e-mail _____

Firma e timbro del medico prescrittore

Timbro del Centro Prescrittore
