



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 glomerulare (GFR) inferiore a 30mL/min). **Tetto max di spesa € 120,00**

Filtrato glomerulare (GFR) rilevato: \_\_\_\_\_

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

Filtrato glomerulare (GFR) rilevato: \_\_\_\_\_

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

Filtrato glomerulare (GFR) rilevato: \_\_\_\_\_

**DIETA**

| CATEGORIA MERCEOLOGICA                    | QUANTITÀ 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_