

MODULO 30	PIANO DIETETICO	Cod. ROG26/1.30 Rev.02 del 30.06.2025
-----------	------------------------	--

PAZIENTE: _____ ANNO _____ N° prog. _____

PATOLOGIA _____

PROBLEMA _____

INTOLLERANZE ALIMENTARI: _____

ALTRO _____

PIANO DIETETICO
(Cfr. n° allegato Diete)

☐ **PIATTO UNICO FRULLATO** 1 dal _____ al _____ Altro: _____

☐ **DEITA SEMILIQUIDA** 2 dal _____ al _____ Altro: _____

☐ **DIETA LEGGERA** 3 dal _____ al _____ Altro: _____

☐ **DIETA RICCA DI SCORIE (DIARREA)** 4 dal _____ al _____ Altro: _____

☐ **DIETA RICCA DI SCORIE (STIPSI)** 5 dal _____ al _____ Altro: _____

☐ **DIETA CUOMADIN** 6 dal _____ al _____ Altro: _____

☐ **DISFAGIA** 7
☐ **DIABETE** 8
☐ **IPERURICEMIA E GOTTA** 9
☐ **IPERTENSIONE** 10
☐ **PATOLOGIE RENALI** 11
☐ **DISLIPIDEMIE** 12
☐ **EPATOPATIE** 13
☐ **PANCREATITE CRONICA** 14
☐ **ERNIA IATALE** 15
☐ **GASTRITE** 16
☐ **ULCERA PEPTICA** 17
☐ **MALATTIE INTESTINALI** 18
☐ **OSTEOPOROSI** 19
☐ **MORBO DI PARKINSON** 20
☐ **OBESITA'** 21
☐ **CELIACHIA** 22

 Restrizioni dietetiche _____

 NOTE _____

DATA _____

☐ Medico M.G. ☐ Dietista ☐ Infermiere FIRMA _____