



ATTESTATO DI ADDESTRAMENTO PER LA GESTIONE DI NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE

Struttura di ricovero :

Unità Operativa :

Dirigente Medico Responsabile :

Si attesta che il/la Sig./Sig.ra.....

nato/a a il.....

residente ain vian°.....

in qualità di: diretto/a interessato/a
 assistente del/della Sig/Sig.ra.....

ha partecipato al corso di addestramento per l'apprendimento delle metodiche di gestione della Nutrizione

Artificiale Domiciliare di tipo ENTERALE tramite:.....
 Modalità di somministrazione:.....

PARENTERALE tramite:.....
 Modalità di somministrazione:.....

tenuto il:da:..... tenuto il:da:.....

tenuto il:da:..... tenuto il:da:.....

acquisendo in particolare le conoscenze circa 1) le modalità di conservazione e di somministrazione dei prodotti nutrizionali e 2) le corrette norme igieniche e/o tecniche asettiche.

Si giudica il grado di apprendimento del/della Sig./Sig.ra.....

non idoneo per l'affidamento della gestione della Nutrizione Artificiale Domiciliare

idoneo per l'affidamento della gestione della Nutrizione Artificiale Domiciliare: si allegano al presente

Attestato le "Linee Guida per la gestione della Nutrizione Artificiale Domiciliare" di tipo

ENTERALE ; PARENTERALE

Bergamo,.....

TIMBRO DELL'U.O. Ospedaliera
 E FIRMA del MEDICO DIRIGENTE
 N° telefono

Firma per conferma di avvenuta formazione