



SCHEDA ALIMENTARE PER SERVIZIO PASTI CALDI A DOMICILIO
(Da compilare da parte del medico curante)

Nome e cognome : _____
Luogo di nascita: _____ Data di nascita: _____
Residente a _____ Via _____ numero _____
Parente referente: _____
numero telefonico: _____

Condizioni generali

- buone
- discrete
- altro, specificare: _____

Stato nutrizionale

- normopeso
- magrezza
- obesità
- lieve
- moderata
- grave

Necessità di dieta speciale:

- no
- sì
- Se si specificare quale, indicando gli alimenti da escludere:
- _____

es.: ipocalorica (1200 kcal, 1400 kcal, 1600 kcal), ipo-proteica (40g/60g proteine), iposodica (sodio 1000 mg), dieta a ridotto apporto di fibre e lattosio, dieta a consistenza modificata (piatto unico liv. 1, semisolida liv. 2, libera da alimenti difficili liv. 3), dieta per diabete, dieta ad alta densità nutrizionale (>2200 kcal e 100g proteine).

Allergie e intolleranze alimentari:

- no
- sì
- Se si specificare quali:
- _____



Alimenti da escludere completamente nella dieta:

Altre informazioni utili:

Data di compilazione: _____

Timbro e Firma del medico curante: _____