Si richiede *Valutazione Dietistica* per il/la signor/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La/ Il paziente **presenta** le seguenti patologie:

 Obesità

 Sovrappeso

 Diabete

 Sindrome Metabolica

 Ipertensione

 Ipercolesterolemia

 Ipertrigliceridemia

 Iperuricemia

 Intolleranza/Allergia alimentare

 Disturbo del Comportamento Alimentare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Altro:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

è in cura con la seguente **terapia farmacologia:**

Si rilascia su richiesta dell'interessato per gli usi consentiti dalla legge.

in fede,

Data Timbro e Firma del Medico

Il Dietista elabora protocolli dietetici personalizzati previa prescrizione medica ai sensi del Decreto Ministeriale n.744 del 14

Settembre 1994