

PRESCRIZIONE DIETETICA

Data _____

Cognome _____ Nome _____

Età anni _____ Peso attuale Kg _____ Altezza cm _____

Patologia _____

Tipo di dieta _____

Disfagia assente ai solidi ai liquidi mista

Note _____

Kcal _____

Proteine gr _____ pari a kcal _____ pari al _____ % delle kcal tot

Lipidi gr _____ pari a kcal _____ pari al _____ % delle kcal tot

Glicidi gr _____ pari a kcal _____ pari al _____ % delle kcal tot

IL MEDICO
