



RICHIESTA VISITA NUTRIZIONALE:

COGNOME:

NOME:

DATA DI NASCITA:

CITTA': VIA:N.

TELEFONO:

La richiesta di visita nutrizionale è finalizzata al RINNOVO del Piano Nutrizionale?

SI

NO



COMPILARE IL M.U.S.T.

(Malnutritional Universal Screening Tool)

BMI (kg/m ²)	punti	+	Calo ponderale 3-6 mesi	punti	+	Paziente digiuno da > 5 giorni
>20	0		<5%	0		Punti 2
18,5-20	1		5-10%	1		
<18,50	2		>10%	2		

Esempio BMI: peso 70 kg
Altezza 1,60x1,60 (m²)

SOMMARE I TRE PUNTEGGI

Se il punteggio supera 2, si può procedere alla richiesta di visita nutrizionale.

Data

Il Medico richiedente