

**MODELLO PRESCRIZIONE conforme al D.M. del 14.09.1994 n°744**

In base al regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale del dietista, è previsto che tale figura professionale al fine di poter elaborare uno schema dietoterapico debba avere l'indicazione da parte del MMG o di un medico specialista.

Per il mio/a assistito/a sig./ra \_\_\_\_\_

Si prescrive dieta per:

- sottopeso
- sovrappeso
- obesità di I/II/III grado
- per intolleranza/allergia alimentare a \_\_\_\_\_
- per celiachia
- per pratica sportiva agonista
- per altra patologia \_\_\_\_\_

Il mio/a assistito/a è:

- in generale stato di buona salute e al momento non presenta segni clinici di patologie
- presenta le seguenti patologie:
  - diabete di tipo 1 2
  - ipertensione
  - sindrome metabolica
  - dislipidemia
  - ipertiroidismo
  - ipotiroidismo
  - steatosi epatica
  - insufficienza renale
  - altro \_\_\_\_\_

Per tali patologie assume i seguenti farmaci:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO