



nutritionDay  
worldwide

nutritionDay in Ospedale Express  
Questionario  
SCHEMA REPARTO



Data

Codice del centro

Codice del reparto

1. Numero totale di letti in ospedale

2. Numero di pazienti già ricoverati al pasto principale

3. Capacità totale di posti letto del reparto

4a. Specializzazione principale (scegliere solo una)

Medicina Interna

- Generale
- Cardiologia
- Gastroenterologia Ed Epatologia
- Geriatria
- Malattie Infettive
- Nefrologia
- Oncologia (Incl. Radioterapia)

Chirurgia

- Generale
- Cardio/Vascolare/ Toracica
- Neurochirurgia
- Ortopedica
- Traumatologia
- Urologia
- Bariatrica

Otorinolaringoiatria (ORL)

- Ginecologia
- Neurologia
- Psichiatria
- Pediatria
- Interdisciplinare
- Lunga-degenza
- Assistenza ospedaliera a casa
- Altro

4b. Solo per unita' chirurgiche

- a) Applicate ERAS\*?  Sì  No  Non lo so
- b) Utilizzate un protocollo ERAS?
- c) Avete un ERAS team?
- d) Vengono controllati i risultati o la pratica ERAS?

5. Numero di personale sanitario in servizio in reparto oggi per il turno giornaliero (escludendo il personale di pulizia e temporaneo)

Dottori

Infermieri


6. C'è un dietologo, un nutrizionista o un assistente dietista disponibile su richiesta per il suo reparto?

- Sì  No  Non lo so

7. Come viene monitorata/controllata la malnutrizione dei pazienti? (scegliere solo una)

Al ricovero

- Non ci sono controlli di routine
- Non ci sono criteri fissi
- Esperienza / semplice valutazione visiva
- Pesando / solo BMI
- Nutritional Risk Screening (NRS) 2002
- Malnutrition Universal Screening Tools (MUST)
- Malnutrition Screening tool (MST)
- SNAQ
- Altri score

Durante la degenza ospedaliera

- Nessun monitoraggio di routine
- Non ci sono criteri fissi
- Esperienza / semplice valutazione visiva
- Pesando / solo BMI
- Altri score

8. Quando vengono pesati i pazienti? (indicare tutte le opzioni appropriate)

- all'ingresso  Entro 24 ore  Una volta a settimana  Alla dimissione
- Entro 48 ore  Quando capita  Mai
- Entro 72 ore  Quando prescritto

9. Cosa fa per sostenere/consentire l'apporto nutritivo adeguato? (indicare tutte le opzioni appropriate)

- Fornire pasti supplementari o snack tra i pasti
- Fornire scelte per i pasti
- Cambiare le dimensioni delle porzioni
- Tenere conto della presentazione del cibo
- Cambiare la consistenza/l'aspetto del cibo se necessario
- Documentare le difficoltà del paziente relative al mangiare e al bere
- Garantire un ambiente sereno e protetto durante i pasti
- Promuovere un ambiente positivo dove mangiare
- Prendere in considerazione preferenze culturali/religiose
- Prendere in considerazione allergie / intolleranze
- Altro

GRAZIE!

per aver partecipato al nutritionDay in ospedale.

www.nutritionDay.org

2024  
V1  
ITALIANO  
ITALIAN  
CC BY-NC-ND



\* ERAS = Enhanced Recovery After Surgery



nutritionDay  
worldwide

**nutritionDay in Ospedale Express**  
**Questionario**  
**RIGUARDO AL SUO PAZIENTE**



Data

Numero del paziente

**CONTINUARE SOLO IN CASO DI ASSENSO DEL PAZIENTE!**

Data di ricovero

Anno di nascita

Il ricovero è stato

- pianificato
- un'emergenza
- Non lo so

Sesso  Femmina  Maschio  Altro

Peso (kg)  kg  stimato  misurato

Altezza (cm)  cm  stimato  misurato

1. Diagnosi al ricovero ( indicare tutte le opzioni appropriate)
2. Diagnosi principale al ricovero ( solo uno dei codici riportati sopra)
3. Comorbidità ( indicare tutte le opzioni appropriate)

(1) (2)	(3)
<p><b>DIAGNOSI ICD-10</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Neuropatie <input type="checkbox"/> 0600</li> <li>Patologie mentali e del comportamento <input type="checkbox"/> 0500</li> <li>Oftalmopatie <input type="checkbox"/> 0700</li> <li>Patologie dell'orecchio <input type="checkbox"/> 0800</li> <li>Disturbi del sistema circolatorio <input type="checkbox"/> 0900</li> <li>Disturbi del sistema respiratorio <input type="checkbox"/> 1000</li> <li>Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche <input type="checkbox"/> 0400</li> <li>Malattie gastroenterologiche <input type="checkbox"/> 1100</li> <li>Disturbi genitourinari <input type="checkbox"/> 1400</li> <li>Patologie muscoloscheletriche e connettivali <input type="checkbox"/> 1300</li> <li>Dermatopatie <input type="checkbox"/> 1200</li> <li>Malattie infettive e parassitarie <input type="checkbox"/> 0100</li> <li>Neoplasie <input type="checkbox"/> 0200</li> <li>Malattie del sangue e del sistema immunitario <input type="checkbox"/> 0300</li> <li>Segni, sintomi, dati di laboratorio patologici <input type="checkbox"/> 1800</li> <li>Altre cause esterne di morbilità e mortalità <input type="checkbox"/> 2000</li> <li>Gravidanza, parto e puerperio <input type="checkbox"/> 1500</li> <li>Disturbi congeniti <input type="checkbox"/> 1600</li> <li>Malformazioni e anomalie cromosomiche <input type="checkbox"/> 1700</li> <li>Traumatologia, tossicologia e altre cause esterne di malattia <input type="checkbox"/> 1900</li> <li>Fattori che possono influenzare lo stato di benessere <input type="checkbox"/> 2100</li> <li>Nessuna delle precedenti <input type="checkbox"/></li> </ul>	<p><b>COMORBIDITA SPECIFICHE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Malattia cerebro-vascolare</li> <li><input type="checkbox"/> Demenza</li> <li><input type="checkbox"/> Disturbo depressivo maggiore</li> <li><input type="checkbox"/> Disturbo mentale cronico</li> <li><input type="checkbox"/> Infarto del miocardio</li> <li><input type="checkbox"/> Insufficienza cardiaca</li> <li><input type="checkbox"/> Malattia polmonare cronica</li> <li><input type="checkbox"/> Malattia epatica cronica</li> <li><input type="checkbox"/> Malattia renale cronica</li> <li><input type="checkbox"/> Malattie/problemi gastrointestinali</li> <li><input type="checkbox"/> Malattie/problemi UROLOGICI</li> <li><input type="checkbox"/> Malattie muscolo scheletriche</li> <li><input type="checkbox"/> Artrite</li> <li><input type="checkbox"/> Problemi della pelle</li> <li><input type="checkbox"/> Malattia vascolare periferica</li> </ul> <p><b>COMORBIDITA GENERALI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dolore</li> <li><input type="checkbox"/> Fatica</li> <li><input type="checkbox"/> Infezione</li> <li><input type="checkbox"/> Diabete</li> <li><input type="checkbox"/> Ipertensione</li> <li><input type="checkbox"/> Iperlipidemia</li> <li><input type="checkbox"/> Malattie endocrine</li> <li><input type="checkbox"/> Cancro (attivo)</li> <li><input type="checkbox"/> Cancro (nel passato)</li> <li><input type="checkbox"/> Altra malattia cronica</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> ALTRE COMORBIDITA'</p> <p><input type="checkbox"/> NESSUNA COMORBIDITA'</p>

4. Questo paziente è un malato terminale?  Sì  No  Non lo so

5. Questo paziente è stato identificato come malnutrito o a rischio di malnutrizione?  
 Sì, è malnutrito  Sì, è a rischio  No  Non lo so

6. Apporto nutritivo (OGGI) (indicare tutte le opzioni appropriate)

Cibo ospedaliero	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Non lo so
Cibo ospedaliero rinforzato/arricchito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dieta speciale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Integratore proteico/energetico (per es. bevande ONS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enterale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parenterale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Stato volemico  Normale  Edematoso  Disidratato  Non lo so

**GRAZIE!**  
per aver partecipato al nutritionDay in ospedale.  
www.nutritionDay.org

2024  
VI  
ITALIANO  
ITALIAN  
CCBY-NC-ND





Data

Numero del paziente

Gentile paziente,

le saremmo grati se oggi volesse completare il presente questionario al fine di migliorare la assistenza nutrizionale nel nostro reparto. Inoltre, il personale del reparto vi potrà fornire informazioni essenziali sulla vostra diagnosi e sul trattamento che state ricevendo. La sua partecipazione è su base volontaria e può ritirare la sua adesione in qualsiasi momento senza che questi influenzi in alcun modo il suo attuale trattamento medico. Nessun dato personale, quale nome e data di nascita, sarà raccolto o registrato, e l'analisi si svolgerà in forma anonima con (multipla) cifratura.

Le persone qui di seguito indicate saranno felici di rispondere a sue ulteriori domande su questo progetto

Persona da contattare

**1a. Ha perso peso durante gli ultimi 3 mesi?**

- Sì, intenzionalmente       No, il mio peso è rimasto lo stesso       Non lo so  
 Sì, involontariamente       No, sono aumentato di peso



**1b. Se sì, quanti kg ha perso?**

 kg

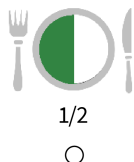
- Non lo so

**2. Quanto ha mangiato nell'ultima settimana prima del ricovero in ospedale?**

- Più del normale       Circa 3/4 del normale  
 Normale       Circa metà del normale  
 Tra circa un quarto e quasi niente



**3. Indichi cortesemente quanto cibo dell'ospedale ha mangiato OGGI per il suo pasto principale:**



**4. Se non ha mangiato tutto ciò che era nel piatto, ci dica cortesemente perché: (indicare tutte le opzioni appropriate)**

- Non mi piaceva il tipo di cibo offerto       Ho problemi ad inghiottire/masticare  
 Non mi piaceva l'odore del cibo       Di solito mangio di meno di ciò che mi viene servito  
 Non mi piaceva il sapore del cibo       Ho nausea/vomito  
 Il cibo non rispecchiava le mie preferenze culturali/religiose       Ero troppo stanco  
 Il cibo era troppo caldo       Non posso mangiare senza aiuto  
 Il cibo era troppo freddo       Non mi era concesso mangiare  
 A causa di allergia/intolleranza       Avevo un esame/intervento chirurgico e ho saltato il pasto  
 Non ero affamato in quel momento       Non ho ricevuto il cibo richiesto  
 Non ho il mio appetito normale



**5. OGGI è in grado di camminare senza aiuto?**

- Sì       No, solo con un aiuto       No, rimango sempre a letto



**6. OGGI mi sento...**

- più forte rispetto al giorno del ricovero       sono stato ricoverato oggi  
 più debole rispetto al giorno del ricovero       Non lo so  
 uguale al giorno del ricovero

**7. In generale, come definirebbe il suo stato di salute?**

- Ottimo       Buono       Discreto       Scarso       Molto scarso



**nutritionDay in ospedale**  
Esito del paziente

**30 giorni dopo la nutritionDay**

Data  
Codice del centro  
Codice del reparto


**Numero del paziente**  
**Giorno di dimissione**  
**Diagnosi alla dimissione** (vedere il foglio codici 1. di seguito)  
**Codici ICD-10 aggiuntivi**  
Inserisci fino a 6 codici, nello stesso ordine, come nelle cartella clinica  
**Esito** (vedere il foglio codici 2. di seguito)  
**Riammesso da nDay** (vedere il foglio codici 3. di seguito)  
**Ricovero in terapia intensiva**  
entro 30 giorni dal nDay  
**Operato di nuovo dopo nDay**  
In anestesia generale  
**Quantità giorni dopo nDay**

**Nome del paziente, data di nascita o adesivo del paziente**  
Queste informazioni saranno utilizzate esclusivamente dall'Unità.

Nome del paziente, data di nascita o adesivo del paziente Queste informazioni saranno utilizzate esclusivamente dall'Unità.	gg.mm.aa	Codice ICD-10	Codice ICD-10						codice	codice	Riammesso da nDay (vedere il foglio codici 3. di seguito)	Ricovero in terapia intensiva entro 30 giorni dal nDay	Operato di nuovo dopo nDay In anestesia generale	Quantità giorni dopo nDay
			1	2	3	4	5	6						

Queste informazioni devono essere inserite nel database di nutritionDay.

**1. Utilizzare codici ICD-10, o codici in basso**

- 0100 Malattie infettive e parassitarie
- 0200 Neoplasie
- 0300 Malattie del sangue e del sistema immunitario
- 0400 Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche
- 0500 Patologie mentali e del comportamento
- 0600 Neuropatie
- 0700 Oftalmopatie
- 0800 Patologie dell'orecchio
- 0900 Disturbi del sistema circolatorio
- 1000 Disturbi del sistema respiratorio

- 1100 Malattie gastroenterologiche
- 1200 Dermatopatie
- 1300 Patologie muscolo scheletriche e connettivi
- 1400 Disturbi genitourinari
- 1500 Gravidenza, parto e puerperio
- 1600 Disturbi congeniti
- 1700 Malformazioni e anomalie cromosomiche
- 1800 Segni, sintomi, dati di laboratorio patologici
- 1900 Traumatologi, tossicologia e altre cause esterne di mortalità
- 2000 Altre cause esterne di morbidità e mortalità
- 2100 Fattori che possono influenzare lo stato di benessere

**2. Codice Esito**

- 1= Ancora in ospedale
- 2= Trasferito ad un altro ospedale
- 3= Trasferito alla cura lungo termine
- 4= Riabilitazione
- 5= Dimesso
- 6= Morte
- 7= Altro

**3. Codice di riammissione**  
(riammesso dalla nutritionDay)

- 1= No
- 2= Si, stesso ospedale elettivo
- 3= Si, stesso ospedale non elettivo
- 4= Si, altro ospedale elettivo
- 5= Si, altro ospedale non elettivo
- 6= Sconosciuto



nutritionDay  
worldwide

**nutritionDay in ospedale**  
Esito del paziente

**30 giorni dopo la nutritionDay**

Data  
Codice del centro  
Codice del reparto


**Numero del paziente**

**Giorno di dimissione**

**Diagnosi alla dimissione** (vedere il foglio codici 1. di seguito)

**Codici ICD-10 aggiuntivi**  
Inserisci fino a 6 codici, nello stesso ordine, come nelle cartella clinica

**Esito** (vedere il foglio codici 2. di seguito)

**Riammesso da nDay** (vedere il foglio codici 3. di seguito)

**Ricovero in terapia intensiva** entro 30 giorni dal nDay

**Operato di nuovo dopo nDay** In anestesia generale

**Quantità giorni dopo nDay**

Nome del paziente, data di nascita o adesivo del paziente  
Queste informazioni saranno utilizzate esclusivamente dall'Unità.

gg.mm.aa	Codice ICD-10	Codice ICD-10						giorni
		1	2	3	4	5	6	
12/3/56								

Queste informazioni devono essere inserite nel database di nutritionDay.