

AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA/5

MODULO PER LA PRESCRIZIONE DI PRESIDI PROTESICI
D.M. 332/99 Art. 4 e DPCM 12/01/2017 Allegato 12 Art. 1, Allegato 11 Art. 1

Assistito: Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ____ / ____ / _____ Luogo di nascita _____

Residenza : Via _____ n. _____ comune _____ prov. _____

Codice Fiscale _____ telefono _____

Diagnosi : (Indicare la patologia o la lesione che ha determinato la menomazione o la disabilità e le specifiche menomazioni o disabilità) _____

Q.TA'	DESCRIZIONE DEI PRESIDI E DEGLI EVENTUALI AGGIUNTIVI E/O PERSONALIZZAZIONI	CODICE ISO

Significato terapeutico e riabilitativo con descrizione del programma di trattamento indicando gli esiti attesi dall'equipe e dall'assistito in relazione all'utilizzo di quanto prescritto e motivazione della richiesta per i presidi riconducibili: _____

Modi e tempi di impiego del presidio (indicare ore nella giornata o giorni nella settimana o altro e l'eventuale necessità di aiuto o supervisione nell'impiego, durata del fabbisogno per i presidi monouso):

Eventuali controindicazioni e limiti d'impiego: _____

Presidio soggetto a collaudo SI NO

Previsione rinnovo prescrizione : _____

La presente prescrizione è "Urgente prima di dimissione" SI NO

Se SI indicare la data presunta delle dimissioni : _____

Data

Timbro e Firma del medico prescrittore

(Si precisa che, ogni campo dovrà essere accuratamente compilato secondo quanto richiesto, al fine di permettere la disamina della richiesta in tempi congrui)