****

**MODULO PER LA PRESCRIZIONE DI PRESIDI PROTESICI**

**CANNULE E CATETERI - 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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ISO DPCM 17/01/2017** | **Precedente codifica (DM 332/99)** | **DESCRIZIONE** | **QUANTITA' MASSIME EROGABILI** | **QUANTITA’ PRESCRITTA** | **Indicare fornitore e codice prodotto o dettagliare fornitore marca e modello (marchio, diametro, lunghezza, materiale, tipo di punta ecc)** |
| 09.15.03.003-CUF | 09.15.03.003 | Cannula tracheale in plastica morbida con mandrino, non fenestrata - **cuffiata** | 4/anno |  |  |
| 09.15.03.003 | 09.15.03.003 | Cannula tracheale in plastica morbida con mandrino, non fenestrata | 4/anno |  |  |
| 09.15.03.009-CUF | 09.15.03.006 | Cannula tracheale rigida con mandrino, non fenestrata - **cuffiata** | 4/anno |  |  |
| 09.15.03.009 | 09.15.03.006 | Cannula tracheale rigida con mandrino, non fenestrata | 4/anno |  |  |
| 09.15.03.012-CUF | 09.15.03.007 | Cannula tracheale rigida con mandrino, fenestrata - **cuffiata** | 4/anno |  |  |
| 09.15.03.012 | 09.15.03.007 | Cannula tracheale rigida con mandrino, fenestrata | 4/anno |  |  |
| 09.24.03.003 | 09.24.03.003 a | Catetere a permanenza tipo Foley a due vie con scanalature | 2/mese |  |  |
| 09.24.03.006-LAT | 09.24.03.003 c | Catetere a permanenza tipo Foley a due vie senza scanalature - **lattice** | 2/mese |  |  |
| 09.24.03.006-SIL | 09.24.03.003 b | Catetere a permanenza tipo Foley a due vie senza scanalature - **silicone** | 2/mese |  |  |
| 09.24.06.103 | 09.24.06.009/10/11/12 a | Catetere autolubrificante a base di gel | 120/mese |  |  |
| 09.24.06.203 | 09.24.06.009/10/11/12 b | Catetere autolubrificante idrofilo in PVP o analogo materiale (NON PRONTO ALL'USO) | 120/mese |  |  |
| 09.24.06.303 | 09.24.06.009/10/11/12 c e d | Catetere autolubrificante idrofilo in PVP o analogo materiale (PRONTO ALL'USO) | 120/mese |  |  |
| 09.24.06.403 | 09.24.06.015 | Catetere autolubrificante a base di gel con sacca graduata di raccolta | 120/mese |  |  |
| 09.24.06.503 | 09.24.06.015 | Catetere autolubrificante idrofilo con sacca graduata di raccolta | 120/mese |  |  |
| 09.24.06.603 | 09.24.06.018 a e b | Catetere/tutore per ureterocutaneostomia | 2/mese |  |  |
| 09.24.21.003 | 09.24.09.003 a e b | Guaina in materiale ipoallergenico | 60/mese |  |  |
| 09.27.04.003 | 09.27.04.003 | Sacca di raccolta dell'urina da gamba Monouso | 30/mese |  |  |
| 09.27.04.006 | 09.27.07.003 a | Sacca di raccolta dell'urina da letto : Monouso a fondo chiuso | 30/mese |  |  |
| 09.27.04.006-SCA | 09.27.07.003 b | Sacca di raccolta dell'urina da letto : Monouso a fondo chiuso - **con scarico** | 30/mese |  |  |
| 09.27.05.003 | 09.27.07.006 | Sacca di raccolta dell'urina da letto : Riutilizzabile con rubinetto di scarico | 20/mese |  |  |
| 09.27.05.006 | 09.27.04.006 | Sacca di raccolta dell'urina da gamba Riutilizzabile | 20/mese |  |  |

**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Struttura di appartenenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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