


**ASL
ROMA 5**

**REGIONE
LAZIO**

MODULO PER LA PRESCRIZIONE DI PRESIDI PER VENTILOTERAPIA
DPCM 12/01/2017 Allegato 12 Art. 1, Allegato 11 Art. 1
DA CONSEGNARE ALLA ASL DI RESIDENZA

Assistito: Cognome _____ Nome _____

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

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

Codice Fiscale _____ telefono _____

Altro recapito : _____ Mail _____

Diagnosi : (indicare la patologia) : _____

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:

Modi e tempi di impiego del presidio (indicare ore nella giornata o giorni nella settimana o altro): _____

PRESIDIO COMPRENSIVO DEL MATERIALE DI CONSUMO E DELLA STRUMENTAZIONE AGGIUNTIVA PREVISTA NELL'ALLEGATO	MODELLO (è possibile indicare uno o più modelli)
Terapia delle patologie del sonno	
CPAP (ID1) – ISO 04.03.12.003	
AUTOCPAP (ID2) – ISO 04.03.12.006	
Ventilazione non invasiva media fascia (medio livello di complessità)	
Bi-Level S/T (ID3) – ISO 04.03.12.009	
Bi-Level auto (ID4) – ISO 04.03.12.009	
Ventilatore Servo assistito (ID5) – ISO 04.03.12.012	
Ventilazione non invasiva alta fascia (alto livello di complessità)	
Ventilatore presso volumetrico paziente NIV ad alto livello di complessità (ID6) – ISO 04.03.12.015	
Backup ventilatore presso volumetrico paziente NIV ad alto livello di complessità (ID6B) – ISO 04.03.12.015	



Ventilazione invasiva alta fascia (alto livello di complessità)	
Ventilatore presso volumetrico con Ventilazione invasiva ≥ 16 ore + Ventilatore presso volumetrico di Back Up (ID7) – ISO 04.03.12.015	..... .....
Ventilatore presso-volumetrico con Ventilatore invasiva ≥ 16 ore per pazienti ipersecretivi + ventilatore presso volumetrico di Back up (ID8) – ISO 04.03.12.015	..... .....
Ventilatore presso-volumetrico con Ventilatore invasiva < 16 ore (ID9) – ISO 04.03.12.015	..... .....
Aspiratore per disostruzione vie aree tracheo per pazienti ventilati + aspiratori di Back Up (ID10) – ISO 04.03.21.003	..... .....
Aspiratore per disostruzione vie aeree tracheo per pazienti ventilati ipersecretivi + aspiratore di Back Up (ID11) – ISO 04.03.21.003	..... .....
Trattamento delle secrezioni bronchiali e ginnastica respiratoria	
Aspiratore non tracheo per disostruzione vie aeree (ID12) – ISO 04.03.21.003	..... .....
Aspiratore tracheo per disostruzione vie aeree per pazienti non ventilati + aspiratore di Back Up (ID13) – ISO 04.03.21.003	..... .....
Dispositivo di assistenza alla tosse intra toracico per pazienti non tracheostomizzati (ID14) – ISO 04.03.27.015	..... .....
Dispositivo di assistenza alla tosse intra toracico per pazienti tracheostomizzati (ID15) – ISO 04.03.27.015	..... .....
Dispositivo a pressione positiva a vibrazione ad alimentazione elettrica (ID16) – ISO 04.03.27.01	..... .....
Dispositivo di assistenza alla tosse extra toracico (ID17) – ISO 04.03.27.018	..... .....

NOTE : _____

Indicare la data presunta delle dimissioni (in caso di assistito ricoverato): _____

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)