

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**  
**Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it**  
**C.F. e P.I. 00821180577**  
**U.O.C. Distretto 1 Rieti Antrodoco S. Elpidio**  
**Il Direttore: Dott. Antonio Boncompagni**

ALLEGATO 1

**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	PRODOTTO COMMERCIALE indicare fornitore e codice fornitore
09.15.03.003- CUF	09.15.03.003	Cannula tracheale in plastica morbida con mandrino, non fenestrata - <b>cuffiata</b>	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 - <b>cuffiata</b>	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 - <b>cuffiata</b>	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 - <b>lattice</b>	2/mese		
09.24.03.006- SIL	09.24.03.003 b	Catetere a permanenza tipo Foley a due vie senza scanalature - <b>silicone</b>	2/mese		
09.24.06.103	09.24.06.009/10/ 11/12 a	Catetere autolubrificante a base di gel	120/mese		

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**  
**Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it**  
**C.F. e P.I. 00821180577**  
**U.O.C. Distretto 1 Rieti Antrodoco S. Elpidio**  
**Il Direttore: Dott. Antonio Boncompagni**

ALLEGATO 1

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 - <b>con scarico</b>	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:** \_\_\_\_\_

---

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**  
**Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it**  
**C.F. e P.I. 00821180577**  
**U.O.C. Distretto 1 Rieti Antrodoco S. Elpidio**  
**Il Direttore: Dott. Antonio Boncompagni**

ALLEGATO 1

---

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)