

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
C.F. e P.I. 00821180577
UOC DISTRETTO 2 SALARIO MIRTENSE

ALLEGATO 3

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)