

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. DISTRETTO2 SALARIO MIRTENSE

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	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

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