SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL RIETI

REGIONE LAZIO

**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 SABINO

# ALLEGATO 3

## MODULO PER LA PRESCRIZIONE DI PRESIDI PROTESICI

**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)**