

REGIONE LOMBARDIA

A.S.L. n.

PROGRAMMA TERAPEUTICO PER L'EROGAZIONE DI FORNITURE PROTESICHE

PERIODO DI VALIDITA'

DAL

AL

RICHIEDENTE: Cod. Reg.le Assistito

sexso

M

F

Data di nascita

COGNOME

NOME

RESIDENZA ANAGRAFICA

Via

n.....

Comune

VALUTAZIONE CLINICA E STRUMENTALE
a) Sintesi dell'analisi funzionale

b) Esiti esami strumentali

DIAGNOSI CIRCOSTANZIATA

CLASSIFICAZIONE DELLA FORNITURA

TIPO DI PRESIDIO NECESSARIO	MODALITA' DI FORNITURA			SUPPORTO DESCRIZIONE	
	GRATUITA	A RIMBORSO	TOTALMENTE A CARICO DELL'UTENTE	MOD. 03	RICETTA COD. 7
<input type="checkbox"/> PROTESI (All. A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> AUSILI TECNICI (All. B)					
<input type="checkbox"/> Monouso (Cod. 101)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Riutilizzabili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> APPARECCHI (All. C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

N.B.: Per la prescrizione delle protesi acustiche deve essere obbligatoriamente usato lo specifico "ALLEGATO 1" D.M. 39/87/91

4 PRESCRIZIONE

presidio prescritto	codice relativo	presidio prescritto	codice relativo
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

5 SIGNIFICATO TERAPEUTICO E RIABILITATIVO

6 TEMPI D'IMPIEGO

___ Ore nella giornata _____

___ Giorni nella settimana _____

___ Settimane nell'anno _____

___ Altro _____

7 MODALITA' DI CONTROLLO

___ Data 1° controllo ___ / ___ / ___

___ Data controllo successivo ___ / ___ / ___

___ Altro _____

8 VARIAZIONI PREVEDIBILI NEL TEMPO

___ Entro i limiti prescritti dal nomenclatore

Possibili Non possibili

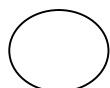
___ Altre _____

9 CONTRO INDICAZIONI E LIMITI D'IMPIEGO

___ Espressamente esplicate all'utente

___ Altre _____

TIMBRO DELLA STRUTTURA DI
APPARTENENZA DEL MEDICO
PRESCRITTORE



data ___ / ___ / ___

IL MEDICO PRESCRITTORE

(FIRMA)