

REPUBBLICA DI SAN MARINO <b>ISS</b> ISTITUTO PER LA SICUREZZA SOCIALE	DIPARTIMENTO STAFF E SERVIZI COMUNI U.O.C. FARMACEUTICA
<b>MODULO ESENZIONE TRACHEOSTOMIZZATI</b> ARTICOLO 9 DECRETO 37/96	

**PAZIENTE:**

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ COD.ISS \_\_\_\_\_ NATO IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

UO: \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DURATA ESENZIONE (MAX 1 ANNO, rinnovabile) \_\_\_\_\_

DIAGNOSI \_\_\_\_\_ Cod ICD \_\_\_\_\_

MEDICO PRESCRITTORE \_\_\_\_\_  
 (Nome, Cognome, Firma e Timbro)

## TRACHEOSTOMIZZATI

PRODOTTO	REFERENZA O CODICE INTERNO (AREAS) PRODOTTO	QUANTITA' MAX EROGABILE MESE	QUANTITA' RICHIESTA	PER ETICHETTA USO INTERNO
CANNULA TRACHEALE		1 PZ		
COPRISTOMA(tracheofix)		30 PZ		
SCOVOLINI		4 PZ		
FISSATORI PER CANNULE E TRACHEOSTOMIA		1 PZ		
GARZA BORDO 10x10 in alternativa MESOFT TRACHEO 10x10		1conf 30pz		
METALLINE CON FORO		50 PZ		
VALVOLA FONATORIA		1 PZ ogni 3 mesi		
TRACHEOLIFE umidificatore		30 PZ		
SONDINI PER ASPIRAZIONE		60 PZ		

**MODULO ESENZIONE TRACHEOSTOMIZZATI**

ARTICOLO 9 DECRETO 37/96

FASCIA DI FISSAGGIO  
PER CANNULA  
TRACHEOSTOMIA

1PEZZO

Servizio Medicina Fiscale e Legale

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Parere-Osservazioni \_\_\_\_\_

Si Autorizza: Si ☐ No ☐

Firma e Timbro

Pervenuto al Centro Farmaceutico \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_