

MODULO ESENZIONE TRACHEOSTOMIZZATI

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 MESOFIT 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 ____ / ____ / ____