

MODULO ESENZIONE ANZIANI INCONTINENTI E NON AUTOSUFFICIENTI, MINORI O ADULTI INCONTINENTI, TITOLARI DI PENSIONE DI INVALIDITA' CERTIFICATA NON INFERIORE AL 90%

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)

MODULO ESENZIONE ANZIANI INCONTINENTI NON AUTOSUFFICIENTI, MINORI O ADULTI INCONTINENTI, TITOLARI DI PENSIONE DI INVALIDITA' NON INFERIORE AL 90%

PRODOTTO	REFERENZA O CODICE INTERNO (AREAS) PRODOTTO	QUANTITA' MAX EROGABILE MESE	QUANTITA' RICHIESTA	PER ETICHETTA USO INTERNO
SACCA URINA CON VALVOLA E RUBINETTO O SACCA URINA GAMBA	8845 / 92581/12748	30 PEZZI		
SACCA URINA C.CHIUSO M020365S	8119	5 PEZZI		
CATETERI VESCICALI MONOUSO		1 PEZZO		
UROCONTROL		60 PEZZI		

**MODULO ESENZIONE ANZIANI INCONTINENTI E NON
AUTOSUFFICIENTI, MINORI O ADULTI INCONTINENTI, TITOLARI DI
PENSIONE DI INVALIDITA' CERTIFICATA NON INFERIORE AL 90%
ARTICOLO 9 DECRETO 37/96**

Servizio Medicina Fiscale e Legale

Data ___ / ___ / ___

Parere-Osservazioni _____
Si Autorizza: Si No

Firma e Timbro

Pervenuto al Centro Farmaceutico ___ / ___ / ___