

MODULO ESENZIONE COLOSTOMIZZATI 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)

COLOSTOMIZZATI

| PRODOTTO | REFERENZA O CODICE INTERNO (AREAS) PRODOTTO | QUANTITÀ MAX EROGABILE MESE | QUANTITÀ RICHIESTA | PER ETICHETTA USO INTERNO |
|---|--|------------------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| SACCA PER ILEO-COLOSTOMIA | | 60 PZ | | |
| PLACCA PER ILEO-COLOSTOMIA | | 20 PZ | | |
| CINTURA | | 2 PZ ANNO | | |
| POMATA PROTETTIVA (in alternativa spray o salviette) | | 2 PZ | | |
| REMOVER (SRAY o SALVIETTE) | | 2 PZ | | |
| POLVERE PROTETTIVA | | 2 PZ | | |
| SISTEMA PER IRRIGAZIONE INTESTINO (su prescrizione medica) | | | | |
| ANELLO PLASMABILE | | 20 PZ | | |
| POMATA LIVELLANTE RIEMPITIVA | | 2 PZ | | |

MODULO ESENZIONE COLOSTOMIZZATI ARTICOLO 9 DECRETO 37/96

| | | | | |
|--|--|-------|--|--|
| CEROTTI ELASTICI IDROCOLLOIDE MEZZALUNA | | 40 PZ | | |
|--|--|-------|--|--|

Servizio Medicina Fiscale e Legale

Data ___ / ___ / ___

Parere-Osservazioni _____

Si Autorizza: Si No

Firma e Timbro

Pervenuto al Centro Farmaceutico ___ / ___ / ___