

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	QUANTITA' MAX EROGABILE MESE	QUANTITA' RICHIESTA	PER ETICHETTA USO INTERNO
SACCA PER COLOSTOMIA		60 PEZZI		
PLACCA PER COLOSTOMIA		20 PEZZI		
CINTURA		2 ALL'ANNO		
POMATA LIVELLANTE RIEMPITIVA (in alternativa SPRAY O POLVERE)		1 PEZZO		
REMOVER (SRAY o SALVIETTE)		1 PEZZO		
PROTETTIVO (SALVIETTE o SPRAY)		1 PEZZO		

MODULO ESENZIONE COLOSTOMIZZATI ARTICOLO 9 DECRETO 37/96

SISTEMA PER IRRIGAZIONE INTESTINO (su prescrizione medica)				
--	--	--	--	--

Servizio Medicina Fiscale e Legale

Data ___ / ___ / ___

Parere-Osservazioni _____

Si Autorizza: Si No

Firma e Timbro

Pervenuto al Centro Farmaceutico ___ / ___ / ___

