

MODULO ESENZIONE PRODOTTI NUTRIZIONALI
ARTICOLO 9 DECRETO 37/96 E DELIBERA CE 25 DEL 13/01/2016**PAZIENTE:**

NOME _____ COGNOME _____ COD.ISS _____ NATO IL ____ / ____ / ____

UO: _____

DATA ____ / ____ / ____ DURATA ESENZIONE (MAX 1 ANNO, rinnovabile) _____

DIAGNOSI _____ Cod ICD _____

!Attenzione !**In caso siano presenti più moduli attivi per lo stesso paziente, l'ultimo modulo annulla tutti i precedenti. Una copia del modulo va data anche al paziente .**MEDICO PRESCRITTORE _____
(Nome, Cognome, Firma e Timbro)

PRODOTTO	QUANTITA' MASSIME MENSILI EROGABILI	QUANTITA' MENSILE RICHIESTA PER PAZIENTE
ENSURE PLUS ADVANCE	90 pezzi	
VITAL 1.5 BRICK 200ML	90 pezzi	
GLUCERNA SR	90 pezzi	
NEPRO LP 220 ML	60 pezzi	
NEPRO HP 220 ML	60 pezzi	
BEVANDA GELIFICATA	120 vasetti (max 4 vasetti die)	
ADDENSANTE	5 confezioni	
OLIO MCT(KANSO)	2 confezioni (1500ml mese)	
AMINOTROFIC GEL	(2 buste die) 3 confezioni al mese	
AMINOTROFIC NE	(2 buste die) 2 confezioni al mese	
JEVITY PLUS 500 ML	Max 4 bottiglie die (124 confezioni)	
OSMOLITE	Max 4 bottiglie die (124 confezioni)	

MODULO ESENZIONE PRODOTTI NUTRIZIONALI
ARTICOLO 9 DECRETO 37/96 E DELIBERA CE 25 DEL 13/01/2016

OXEPA 500ML	Max 4 bottiglie die (124 confezioni)	
PERATIVE FORM IPERCAL 500ML	Max 4 bottiglie die (124 confezioni)	
GLUCERNA SELECT	Max 4 bottiglie die (124 confezioni)	
FORTINI COMPACT MULTIFIBRE	MAX 30 BOTTIGLIE MENSILI	
ENSURE COMPACT HMB	Max 4 bottiglie die (124 confezioni)	
ABOUND	Max 2 confezioni al mese	

Servizio Medicina Fiscale e Legale

Data ____ / ____ / ____

Parere-Osservazioni _____

Si Autorizza: Si ☐ No ☐Firma e Timbro

Pervenuto al Centro Farmaceutico ____ / ____ / ____