

MODULO ESENZIONE PARAPLEGICI E TETRAPLEGICI

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 PARAPLEGICI E TETRAPLEGICI

PRODOTTO	REFERENZA O CODICE INTERNO (AREAS) PRODOTTO	QUANTITA' MAX EROGABILE MESE	QUANTITA' RICHIESTA	PER ETICHETTA USO INTERNO
NAVINA SISTEMA SMART REGULAR 69009	122045	1 PEZZO OGNI 2 ANNI		
NAVINA REGULAR SET DI TUBI 69011	122048	3 CONFEZIONI /ANNO		
NAVINA REGULAR SET DI RICAMBIO 69003	122046	1 CONFEZIONE		
NAVINA SET DI RICAMBIO COMPOSTO DA 15 CONI +1 SACCA PER L' ACQUA	215146	1 CONFEZIONE		
PERISTEEN CAT 15PZ+SAC 1PZ 29142	180506	1 CONFEZIONE		
PERISTEEN CAT RETT 10PZ 29143	180507	3 CONFEZIONI /ANNO		
PERISTEEN KIT COMPL 29140	180508	2 KIT / ANNO		
SACCA URINA CON VALVOLA E RUBINETTO O	8845	30 PEZZI		

MODULO ESENZIONE PARAPLEGICI E TETRAPLEGICI

ARTICOLO 9 DECRETO 37/96

SACCA URINA GAMBA	92581/12748			
SACCA URINA C. CHIUSO MO20365S	8119	5 PEZZI		
CATETERI VESCICALI MONOUSO		1 PEZZO		
UROCONTROL		60 PEZZI AUMENTABILI SINO A 120 SOLO DIETRO PRESCRIZIONE MOTIVATA DEL CENTRO DI RIFERIMENTO E CONVALIDATA DALLO SPECIALISTA ISS		
SONDA RETTALE		30 PEZZI		
GUANTI STERILI (SOLO PER AUTOCATETERISMO INTERMITTENTE)		200 PEZZI		
CATETERI PER AUTOCATETERISMO INTERMITTENTE		200 PEZZI NELATON DITTA SIM OPPURE 120 PZ CATETERI AUTOLUBRIFICANTI DI CUI MASSIMO 60 PZ TIPOLOGIA SET "DA VIAGGIO" A CUI SI POSSONO AGGIUNGERE ALTRI 80 PZ UNICAMENTE SU INDICAZIONE DEL UROLOGO CON RELAZIONE		
MOVICOL BUSTE A CUI SI PUO' ABBINARE 1 DEI SEGUENTI PRODOTTI		90 BUSTE		
DULCOLAX SUPPOSTE		30 SUPPOSTE		
CLISMASAC SAC 5% GLIC 2000ML		7 PEZZI		
CLISMALAX 1CLISMA 133ML		15 PEZZI		
GLICEROLO SUPPOSTE O CONT (MICRO CLISMI)		30 SUPPOSTE O 15 CONT (MICRO CLISMI) AUMENTABILI SINO A 60 SU INDICAZIONE MOTIVATA DELLO SPECIALISTA ISS		

MODULO ESENZIONE PARAPLEGICI E TETRAPLEGICI
ARTICOLO 9 DECRETO 37/96

Servizio Medicina Fiscale e Legale

Data ___ / ___ / ___

Parere-Osservazioni _____
Si Autorizza: Si No

Firma e Timbro

Pervenuto al Centro Farmaceutico ___ / ___ / ___