

MODULO ESENZIONE TRACHEOSTOMIZZATI

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)**TRACHEOSTOMIZZATI**

PRODOTTO	REFERENZA O CODICE INTERNO (AREAS) PRODOTTO	QUANTITA' MAX EROGABILE MESE	QUANTITA' RICHIESTA	PER ETICHETTA USO INTERNO
CANNULA TRACHEALE		1 PEZZO		
COPRISTOMA		30 PEZZI		
SCOVOLINI		4 PEZZI		
FISSATORI PER CANNULE E TRACHEOSTOMIA		1 PEZZO		

MODULO ESENZIONE TRACHEOSTOMIZZATI

ARTICOLO 9 DECRETO 37/96

Servizio Medicina Fiscale e Legale

Data ___ / ___ / ___

Parere-Osservazioni _____

Si Autorizza: Si No

Firma e Timbro

Pervenuto al Centro Farmaceutico ___ / ___ / ___