**MODULO PER LA PRESCRIZIONE DI CANNULE E CATETERI**

D.P.C.M. 12/01/2017 Allegato 12 Art. 1 Allegato 11 Art. 1

**L’assistito**

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Luogo di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov.\_\_\_\_\_

Residenza in Via/P.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov.\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Diagnosi** *(indicare la patologia o la lesione che ha determinato la menomazione o la disabilità le specifiche menomazioni o disabilità)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| **ISO** **DPCM****17/01/2017** | **Precedente Codifica** **(DM 332/99)** | **Descrizione** | **Quantità Massima Erogabile** | **Quantità Prescritta** | **Indicare Fornitore e Codice Prodotto o dettagliare Fornitore Marca e Modello (marchio, diametro, lunghezza, materiale, tipo di punta, ecc.)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 09.15.03.003- CUF | 09.15.03.003 | Cannula tracheale in plastica morbida con mandrino, non fenestrata – **cuffiata** | 4/anno |  |  |
| 09.15.03.003 | 09.15.03.003 | Cannula tracheale in plastica morbida con mandrino, non fenestrata | 4/anno |  |  |
| 09.15.03.009- CUF | 09.15.03.006 | Cannula tracheale rigida con mandrino, non fenestrata – **cuffiata** | 4/anno |  |  |
| 09.15.03.009 | 09.15.03.006 | Cannula tracheale rigida con mandrino, non fenestrata | 4/anno |  |  |
| 09.15.03.012- CUF | 09.15.03.007 | Cannula tracheale rigida con mandrino, fenestrata – **cuffiata** | 4/anno |  |  |
| 09.15.03.012 | 09.15.03.007 | Cannula tracheale rigida con mandrino, fenestrata | 4/anno |  |  |
| 09.24.03.003 | 09.24.03.003 A | Catetere a permanenza tipo Foley a due vie con scanalature | 2/mese |  |  |
| 09.24.03.006- LAT | 09.24.03.003 C | Catetere a permanenza tipo Foley a due vie senza scanalature – **lattice** | 2/mese |  |  |
| 09.24.03.006- SIL | 09.24.03.003 B | Catetere a permanenza tipo Foley a due vie senza scanalature – **silicone** | 2/mese |  |  |
| 09.24.06.103 | 09.24.06.009/10/11/12 A | Catetere autolubrificante a base di gel | 120/mese |  |  |
| 09.24.06.203 | 09.24.06.009/10/11/12 B | Catetere autolubrificante idrofilo in PVP o analogo materiale - **non pronto all’uso** | 120/mese |  |  |
| 09.24.06.303 | 09.24.06.009/10/11/12C e D | Catetere autolubrificante idrofilo in PVP o analogo materiale - **pronto all’uso** | 120/mese |  |  |
| 09.24.06.403 | 09.24.06.015 | Catetere autolubrificante a base di gel con sacca graduata di raccolta | 120/mese |  |  |
| 09.24.06.503 | 09.24.06.015 | Catetere autolubrificante idrofilo con sacca graduata di raccolta | 120/mese |  |  |
| 09.24.06.603 | 09.24.06.018 A e B | Catetere/tutore per ureterocutaneostomia | 2/mese |  |  |
| 09.24.21.003 | 09.24.09.003 A e B | Guaina in materiale ipoallergenico | 60/mese |  |  |
| 09.27.04.003 | 09.27.04.003 | Sacca di raccolta dell’urina da gamba Monouso | 30/mese |  |  |
| 09.27.04.006 | 09.27.07.003 A | Sacca di raccolta dell’urina da letto: monouso a fondo chiuso | 30/mese |  |  |
| 09.27.04.006- SCA | 09.27.07.003 B | Sacca di raccolta dell’urina da letto Monouso a fondo chiuso – **con scarico** | 30/mese |  |  |
| 09.27.05.003 | 09.27.07.006 | Sacca di raccolta dell’urina da letto: Riutilizzabile con rubinetto di scarico | 20/mese |  |  |
| 09.27.05.006 | 09.27.04.006 | Sacca di raccolta dell’urina da gamba Riutilizzabile | 20/mese |  |  |

**Significato terapeutico e riabilitativo** con descrizione del programma di trattamento indicando gli esiti attesi dall’equipe e dall’assistito in relazione all’utilizzo di quanto prescritto e motivazione della richiesta per i presidi riconducibili: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Modi e tempi di impiego del presidio** *(indicare ore nella giornata o giorni nella settimana o altro e l’eventuale necessità di aiuto o supervisione nell’impiego, durata del fabbisogno per i presidi monouso):*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Eventuali controindicazioni e limiti d’impiego**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Previsione rinnovo prescrizione**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**La presente è “Urgente prima di dimissione”:** Sì No

*Se Sì indicare la data presunta delle dimissioni*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Medico Prescrittore**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data Timbro e firma del medico prescrittore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_