



GIUNTA REGIONALE

DIPARTIMENTO PER LA SALUTE E IL WELFARE

Servizio Contratti erogatori privati e Sistema di remunerazione delle prestazioni Rete Territoriale e Ospedaliera

ALLEGATO B – MODULO PRESCRIZIONE AUSILI PER STOMIE, INCONTINENZA (CATETERI E SACCHE) ED AUSILI PER TRACHEOSTOMIZZATI

Cognome	Nome
Data di nascita	Telefono
Residente in	Via

Diagnosi circostanziata

	PRESIDIO PRESCRITTO	CODICE
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Finalità terapeutiche e riabilitative

Tempo di impiego _____

Variazioni possibili nel tempo _____

Controindicazioni e limiti di impiego _____

Modalità di controllo _____

Data

Timbro e Firma dello specialista