

**SEZIONE PRIMA: da compilarsi a cura del medico prescrittore****MODULO PER LA PRESCRIZIONE ED EROGAZIONE DEI PREPARATI ADDENSANTI A FAVORE DELLE PERSONE CON GRAVE DISFAGIA AFFETTE DA MALATTIE NEURO-DEGENERATIVE (validità 6 mesi)**

Medico prescrittore _____

 specialista (autorizzati solo neurologi, otorinolaringoiatra, gastroenterologi, medico dietologo, geriatra) MMG (solo per pazienti allettati)

Azienda ULSS _____

Dati anagrafici assistito:

Cognome e nome _____

Data di nascita _____ Codice Fiscale _____

Il paziente si trova: a domicilio ospite di una Struttura sanitaria protetta (nome _____)

Azienda ULSS di residenza dell'assistito _____ Regione _____

Recapito telefonico _____ Medico Curante (nome e cognome) _____

Diagnosi:Si attesta che il paziente è affetto da grave disfagia (grado 4)

Patologia responsabile dell'insorgenza di grave disfagia _____

Prescrizione ADDENSANTE IN POLVERE A BASE DI GOMMA DI XANTHAN (barattolo da 125 g)

n. confezioni mensili prescritte _____ (massimo 5 confezioni al mese)

oppure

 ADDENSANTE IN POLVERE A BASE DI AMIDI (barattolo da 227 g)

n. confezioni mensili prescritte _____ (massimo 8 confezioni al mese)

Data prescrizione _____

Timbro e firma del medico prescrittore
_____**SEZIONE SECONDA : da compilarsi a cura della struttura erogante**

Mese	N° confezioni erogate	Data erogazione	Firma dell'operatore che eroga	Firma paziente
1° mese				
2° mese				
3° mese				
4° mese				
5° mese				
6° mese				



c1743241

