

**TIMBRO CENTRO  
AUTORIZZATO PER LA  
PRESCRIZIONE****PIANO RIABILITATIVO-ASSISTENZIALE INDIVIDUALE****APPARECCHI PER IL TRATTAMENTO DOMICILIARE CON PRESSIONE  
POSITIVA CONTINUA NELLE VIE AEREE (CPAP) A FAVORE DI  
PAZIENTI AFFETTI DA SINDROME DELLE APNEE OSTRUTTIVE DEL  
SONNO (OSAS)****DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE**

Nome Cognome	
Codice fiscale	
Data di nascita	
Indirizzo di residenza	
Azienda ULSS di residenza/Regione	
Medico curante	

**PIANO SPECIALISTICO**

Patologia/lesione che ha determinato la menomazione/disabilità	
Diagnosi (menomazione/disabilità)	
Descrizione del programma di trattamento (indicare gli esiti attesi a medio e lungo termine)	
Modi e tempi d'uso dei prodotti	
Necessità di aiuto/supervisione nell'uso	
Possibili controindicazioni/limiti di utilizzo	

**PRESCRIZIONE DEI PRODOTTI**

<b>PRIMA PRESCRIZIONE</b>	<b>RINNOVO O VARIAZIONE PRESCRIZIONE</b>
Motivo del rinnovo o variazione prescrizione:	
Tipologia di prodotto	Quantità
	Codice ISO
Durata della prescrizione (N° mesi):	

**FOLLOW-UP DEL PROGRAMMA E DEGLI ESITI OTTENUTI**

Follow-up previsto dopo: 3 mesi 6 mesi 12 mesi 24 mesi altro

Modalità del follow-up: ambulatoriale via telematica altro

Nome e Cognome medico specialista prescrittore

*Timbro e firma del medico specialista prescrittore*

Data di compilazione

**AUTORIZZAZIONE ALLA FORNITURA DEI PRODOTTI PRESCRITTI**

Azienda ULSS di residenza \_\_\_\_\_

- Vista la prescrizione da parte di un Centro autorizzato: sì no
- Verificata la competenza territoriale dell'utente:  
residente NON residente NON residente ma con richiesta autorizzazione Azienda ULSS di residenza
- Accertata la condizione di invalidità nei pazienti di età  $\geq$  18 anni (codice ICD9-CM\_\_\_\_\_): sì no  
domanda invalidità\*

*\* presentare il certificato di invalidità non appena disponibile*

- SI AUTORIZZA LA FORNITURA DEI PRODOTTI PRESCRITTI: sì no

Nome e Cognome medico responsabile

*Timbro e firma del medico responsabile*

Data di autorizzazione

Eventuali note

NB: ai fini del rilascio dell'autorizzazione, l'Azienda ULSS di residenza è tenuta ad esprimere un parere tempestivo: entro 5 giorni lavorativi dalla ricezione della prescrizione per i pazienti in dimissione ed entro 20 giorni lavorativi dalla ricezione della prescrizione per gli altri pazienti.

I prodotti richiesti dovranno essere poi erogati al paziente nel più breve tempo possibile dal rilascio dell'autorizzazione e non oltre i 30 giorni dal ricevimento del modello di prescrizione.