

**TIMBRO CENTRO PRESCRITTORE:****MODULO DI PRESCRIZIONE E DI AUTORIZZAZIONE  
DEGLI AUSILI PER STOMIA****DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE**

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

**DIAGNOSI**

|                              |  |
|------------------------------|--|
| Descrizione della disabilità |  |
| Paziente portatore di stomia | <input type="checkbox"/> Temporanea (durata max della prescrizione 6 mesi)<br><input type="checkbox"/> Definitiva (durata max della prescrizione 1 anno) |
| Tipologia di stomia          | <input type="checkbox"/> Ileostomia <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Urostomia   |
| Tipologia di stoma           | <input type="checkbox"/> Introflesso <input type="checkbox"/> Estroflesso  |

**PRESCRIZIONE DEI PRODOTTI**

PRIMA PRESCRIZIONE

RINNOVO O VARIAZIONE PRESCRIZIONE

Motivo del rinnovo o variazione prescrizione:

| Tipologia di prodotto | Quantità | Codice ISO |
|-----------------------|----------|------------|
|                       |          |            |
|                       |          |            |
|                       |          |            |
|                       |          |            |
|                       |          |            |
|                       |          |            |
|                       |          |            |
|                       |          |            |

Durata della prescrizione\* (N° mesi):

\*Paziente portatore di stomia Temporanea – Durata MAX 6 MESI  
 Paziente portatore di stomia Definitiva – Durata MAX 1 ANNO

Nome e Cognome medico specialista prescrittore

*Timbro e firma del medico specialista prescrittore*

Data di compilazione

Medico specialista in:  chirurgia generale  urologia

**AUTORIZZAZIONE ALLA FORNITURA DEI PRODOTTI PRESCRITTI**  
**Spazio riservato al Distretto di residenza del paziente**

Azienda ULSS di residenza

- Vista la prescrizione del medico specialista: sì no
- Verificata la competenza territoriale dell'utente:  
residente NON residente NON residente ma con richiesta autorizzazione Azienda ULSS di residenza
- Verificato il rispetto delle quantità erogabili: sì no
- Si autorizza la fornitura dei dispositivi medici sopra prescritti:  
 sì  no  sì nelle quantità \_\_\_\_\_

Nome e Cognome medico responsabile

*Timbro e firma del Direttore del Distretto (o delegato)*

Data di autorizzazione

Eventuali note

NB: Relativamente alla richiesta di autorizzazione l'Azienda Sanitaria deve esprimere un parere tempestivo (entro 2 giorni lavorativi) al fine di garantire l'erogazione dei prodotti richiesti ENTRO E NON OLTRE 5 giorni dal ricevimento del modello di prescrizione. In caso di rinnovo o variazione della prescrizione il parere va espresso entro 5 giorni lavorativi. Si precisa che, ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017, gli ausili monouso non sono più erogati in regime di assistenza protesica ma come assistenza integrativa, pertanto non deve essere più accertata la condizione di invalidità del paziente.