



Richiesta per l'autorizzazione all'erogazione dei preparati addensanti a favore delle persone con grave disfagia affette da malattie neuro-degenerative non residenti in Regione del Veneto

Da compilarsi a cura del medico prescrittore

Cognome e nome del paziente

Codice fiscale

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

Patologia responsabile dell'insorgenza di grave disfagia

Prodotti

N° barattoli

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

...../mese (max 5 al mese)

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

...../mese (max 8 al mese)

Timbro del medico

Firma del medico

Data di compilazione

Indicare i mesi di terapia (max 6 mesi)

Da compilarsi a cura del paziente

Indirizzo di residenza: via n.....

CAP comune prov

mail (facoltativa) numero di telefono/cellulare.....

Azienda ULSS di residenza°

Distretto o Ufficio ai quali fare riferimento° (se disponibile)

numero di telefono°(se disponibile)

fax° (se disponibile)

°in caso di mancata compilazione dei seguenti campi, si precisa che i tempi per la richiesta di autorizzazione potrebbero prolungarsi

