



PIANO DI TRATTAMENTO PER PRESCRIZIONE ED EROGAZIONE DI MEDICAZIONI A FAVORE DI PAZIENTI AFFETTI DA PATOLOGIA CRONICA GRAVE CHE OBBLIGA ALL' ALLETTAMENTO CON LESIONI CUTANEE

Nome e Cognome Medico prescrittore _____

U.O./struttura di appartenenza prescrittrice _____

Azienda Sanitaria di appartenenza _____

Dati anagrafici del paziente:

Nome e cognome _____

Data di nascita _____ Codice Fiscale _____

Azienda ULSS di residenza dell'assistito _____ Regione _____

Regime di presa in carico:

AIR

ADI/ADIMED/RSA

Tipologia di medicazione prescritta (previste dai LEA)

<input type="checkbox"/>	Alginate (M040402)	cod. ISO _____	<input type="checkbox"/>	Idrocolloidi (M040403)	cod. _____	ISO
<input type="checkbox"/>	Idrofibra (M040404)*	cod. ISO _____	<input type="checkbox"/>	Idrogel (M040405)	cod. _____	ISO
<input type="checkbox"/>	Poliuretano (M040406)	cod. ISO _____	<input type="checkbox"/>	Argento (M040408)*	cod. _____	ISO

N.B. * la prescrizione di tali categorie deve essere ad opera esclusivamente del medico specialista

Indicare presenza di:

Infezione

SI

NO

Altre caratteristiche: _____

Quantità essudato

Nessuno

Lieve

Moderato

Abbondante

Tipo tessuto ferita

Tessuto epiteliale

Tessuto granulazione

Sluogh (fibrina)

Tessuto necrotico

Prescrizione

prima prescrizione

rinnovo o variazione prescrizione

Allegato B al Decreto n. 77 del 19 giugno 2018

Nome prodotto* e dimensioni medicazione _____

* N.B.: deve corrispondere a quanto acquisito tramite gara regionale

Frequenza cambio di medicazione prevedibile _____

Quantità mensile prescritta _____

Durata prescrizione: _____ (max 3 mesi)

Rivalutazione prevista sì no

Se sì: dopo 15 gg dopo 30 gg dopo 60 gg

Data _____ Timbro e firma del medico prescrittore _____

Spazio riservato all'autorizzazione ** della richiesta da parte del distretto di residenza del paziente

Azienda Sanitaria di residenza del paziente _____

Verificata la competenza territoriale dell'utente:

Residente NON residente NON residente con richiesta autorizzazione ASL di residenza

Verificata la qualifica del medico specialista prescrittore per le medicazioni appartenenti alle categorie Idrofibra (M040404) o Argento (M040408):

SÌ NO

Si autorizza la fornitura dei dispositivi medici sopra prescritti:

SÌ NO

Data autorizzazione

Timbro e Firma del Direttore del Distretto (o suo delegato)

Eventuali note

N.B.: relativamente alla richiesta di autorizzazione l'Azienda Sanitaria deve esprimere un parere tempestivo (entro due giorni lavorativi) al fine di garantire l'erogazione entro e non oltre 5 giorni dalla ricezione della prescrizione se in regime AIR

** L'autorizzazione del direttore del distretto (o suo delegato) è relativa al riconoscimento del diritto dell'assistito basato sulla verifica dell'afferenza territoriale e delle qualifica dello specialista, quando prevista