

Al Responsabile U.O. Ass. Integrativa-Protesica ed Handicap del Distretto di

Si richiede per il/la sig./ra, nato/a a il e residente a in Via, l'inserimento, secondo il protocollo di gestione previsto, nel profilo assistenziale:

Disturbi respiratori sonno correlati: OSAS OSAS Complessa
Bronco Pneumopatia Cronico Ostruttiva: BPCO non invasivo BPCO invasivo
Patologie Neuromuscolari: NEURO A NEURO B NEURO C NEURO D
Fibrosi Cistica e Displasie Polmonari
Giubbotti Pneumatici

!) Caratteristiche tecniche del ventilatore per uso domiciliare idoneo per l'attuale situazione clinica del paziente:

.....
.....
.....

2) Parametri di funzionalità da impostare::

.....
.....

3) Si confermano i quantitativi di materiale di consumo previsti dal profilo assistenziale sopra indicato.

(La richiesta di materiale di consumo in quantità diversa rispetto a quanto previsto dal profilo assistenziale deve essere adeguatamente motivata ed allegata alla presente).

Si fa presente che durante la fase di triage ventilatorio, che ha richiesto diversi giorni di prove e di adeguato addestramento, il paziente è stato adattato con il ventilatore polmonare domiciliare della ditta modello (indicazione facoltativa)

La presente prescrizione, priva di controindicazioni, è stata formulata in condizioni di stabilizzazione clinica, è finalizzata al miglioramento della qualità e dell'attesa di vita nonché in alcuni casi alla sopravvivenza stessa ed è pertanto da ritenersi una prescrizione con carattere di urgenza ed insostituibilità.

Data.....

Il Dirigente Medico.