

## RELAZIONE PER PRESTAZIONI DI ASSISTENZA PROTESICA CONCEDIBILI AI SENSI DEL D.M. 27/8/99 N. 332

Si dichiara che il Sig./ra \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

E' affetto da (diagnosi circostanziata):

\_\_\_\_\_

e necessita del seguente presidio:

tipo:

\_\_\_\_\_

codice<sup>1</sup> n. \_\_\_\_\_

eventuale aggiuntivo: \_\_\_\_\_

codice n. \_\_\_\_\_

### **IL PROGRAMMA TERAPEUTICO DELLA SUDETTA PRESCRIZIONE E' IL SEGUENTE:**

1. Tempi presumibili di impiego del presidio stesso, parziale e totale o consumo giornaliero per prodotti finiti \_\_\_\_\_
2. Modalità di controllo (ambulatoriale o previo ricovero ospedaliero):  
\_\_\_\_\_
3. Variazioni prevedibili nel tempo: \_\_\_\_\_
4. Possibili controindicazioni e limitazioni di impiego: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Significato terapeutico e riabilitativo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Timbro e Firma

Data \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_

Struttura \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> per codice si intende il CODICE CLASSIFICAZIONE ISO riportato dal "Nomenclatore tariffario" così come previsto dal D.M. 27.8.1999 n. 332 (art. 4 comma 3 punto B e art. 10 comma 1).

## **INFORMAZIONI**

### **A COSA SERVE IL MODULO**

Il presente modulo viene utilizzato per la prescrizione, di norma da parte del medico specialista, o delle Infermiere dell'Ambulatorio per Stomie, di ausili (per es. cateteri e sacche per raccolta urina) al fine di ottenere la autorizzazione alla fornitura diretta o indiretta di prestazioni di assistenza protesica concedibili ai sensi del D.M. 27/08/1999 n. 332.

### **CHI DEVE COMPILARE IL MODULO**

Il modulo di norma viene compilato da Medico Specialista ASO/ASL o dalle Infermiere dell'Ambulatorio per Stomie.

### **MODALITA' DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL**

Il modulo deve consegnato ad uno Sportello centrale o periferico multifunzionale dell'ASL CN1 da parte dell'interessato o, in alternativa, da parte delle persone di seguito elencate:

- genitore esercente la potestà
- tutore
- interessato con assistenza del curatore
- coniuge, figlio o altro parente in linea diretta fino al 3° grado per impedimento temporaneo per motivi di salute
- Responsabile della struttura presso cui dimora, ai sensi del D.L. 282/99 art. 2-1-quater

### **MODALITÀ DI RISPOSTA E TERMINI DI RISPOSTA**

L'autorizzazione alla fornitura di ausili, viene effettuata dallo Sportello Distrettuale di Assistenza Protesica territorialmente competente.

### **TEMPO DI RISPOSTA:**

Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito [www.aslcn1.it](http://www.aslcn1.it)

### **RIFERIMENTI / LINK**

<b>Distretti</b>	<a href="https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/assistenza-protesica">https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/assistenza-protesica</a>
------------------	---