



**FAC-SIMILE MODULO PRESCRIZIONE VENTILATORE/INTERFACCIA**

CENTRO PRESCRITTORE/U.O. \_\_\_\_\_ -  
OSPEDALE \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

Cognome e Nome: .....

Luogo di nascita: ..... Data di nascita: .....

codice fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente a .....Indirizzo:.....

Telefono: .....

Comune di residenza .....A.S.L. di residenza.....

**Patologia che ha portato all'Insufficienza Respiratoria Cronica che ha determinato la prescrizione del ventilatore:**

<input type="checkbox"/>	Malattia neuromuscolare	<input type="checkbox"/>	Fibrosi cistica
<input type="checkbox"/>	Sindrome delle apnee centrali	<input type="checkbox"/>	BPCO
<input type="checkbox"/>	Lesione Midollo	<input type="checkbox"/>	OSAS
<input type="checkbox"/>	Alterazione gabbia toracica	<input type="checkbox"/>	OSAS + altra patologia
<input type="checkbox"/>	Sindrome obesità-ipoventilazione (OHS)	<input type="checkbox"/>	Altro
<input type="checkbox"/>	Sindrome da ipoventilazione centrale	<input type="checkbox"/>	

**Diagnosi:** \_\_\_\_\_

Il paziente è stato adattato alla:

- Ventilazione non Invasiva o CPAP  
 Ventilazione Invasiva

**Si prescrive pertanto**

**1. Ventilatore domiciliare:**

Modello	Tipo	Ditta	Ore utilizzo/die



**2. Interfaccia ventilazione non invasiva: Maschere**

Tipo	Modello	Ditta
Maschera nasale		
Maschera orale		
Maschera oro-nasale		
con dispositivo anti-rebreathing		
senza dispositivo anti-rebreathing		

**3. Interfaccia ventilazione invasiva: cannule**

Modello	Numero	Ditta	Codice

**4. Eventuali altri presidi prescritti:**

Tipologia	Modello	Ditta
Umidificatore attivo (stand-alone)		
Saturimetro portatile		
Aspiratore chirurgico a rete e batteria		
Nebulizzatore		
Assistente tosse		
Apparecchio per ginnastica respiratoria		

**EVENTUALI ANNOTAZIONI**

---

---

---

---

---

Si allega la prescrizione del materiale di consumo (**Allegato 2**) annuale valida sino a nuova prescrizione.

Data

Firma del Medico prescrittore