



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 aIndirizzo:.....

Telefono:

Comune di residenzaA.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