



**FAC-SIMILE MODULO PRESCRIZIONE MATERIALE DI CONSUMO**

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.....

**Il paziente è stato adattato alla:**

- Ventilazione non Invasiva o CPAP  
 Ventilazione Invasiva

Ore di ventilazione/DIE: \_\_\_\_\_

**VENTILAZIONE NON INVASIVA**

<i>tempo di ventilazione &lt; 8 ore al giorno</i>	<b>Modello</b>
almeno 3 maschere	
almeno 3 circuiti	
filtri anti-polvere/polline secondo quanto indicato nel manuale d'uso dell'apparecchiatura	

<i>tempo di ventilazione 8 ≤ ore ≤ 16 al giorno</i>	<b>Modello</b>
almeno 4 maschere	
almeno 4 circuiti	
filtri anti-polvere/polline secondo quanto indicato nel manuale d'uso dell'apparecchiatura	

<i>tempo di ventilazione &gt; 16 ore al giorno</i>	<b>Modello</b>
almeno 6 maschere	
almeno 6 circuiti	
filtri anti-polvere/polline secondo quanto indicato nel manuale d'uso dell'apparecchiatura	



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## VENTILAZIONE INVASIVA

*	Dispositivo medico richiesto	Quantità annuale massima erogabile	Quantità mensile richiesta
	circuito ventilatore in dotazione lunghezza cm 180	52	
	filtro HME	365	
	cateter mount	365	
	filtri antipolvere/polline compatibili per ventilatore assegnato	12	
	cannula tracheostomica cuffiata (per il modello si rimanda all'Allegato 1)	12 (+4 di riserva)	
	collarino per fissaggio cannula	365	
	medicazioni tracheostomia (tnt fenestrate, metalline fenestrate, in schiuma di silicone ad alta assorbenza fenestrate)	730	
	telino sterile 45 x 60 cm	24	
	garze tnt	1800	
	fiale sol. fis. 10 ml	365	
	siringa 10 ml	24	
	guanti chirurgici sterili misure variabili	12	
	guanti sterili ambidestri x esplorazione non chirurgici misure variabili	1920	
	tracoe smart cuff manager (sistema x il controllo pressione della cuffia della cannula)	4	
	pallone ambu	1	
	tubo raccordo ossigeno	12	
	set ventilazione manuale (vai e vieni, solo se presente fonte di ossigeno ad alti flussi)	1	
	nasini igroscopici (in ventilazione intermittente)	365	
	valvola fonatoria (solo se la condizione clinica permette la fonazione)	12	
	tubo a bolle 180 cm per aspiratore	12	
	filtro aspiratore	12	
	bicchiera rigido	1	
	sondini aspirazione con valvola e punta atraumatica - diametro variabile	1920	
	sol. fis. tappo a vite x irrigazione	365	
	gel lubrificante monousosterile idrosolubile con lidocaina	24	
*	<b>barrare il DM richiesto</b>		

Materiale necessario in quantitativo eccedente a quanto previsto dalle Linee guida regionali:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data

Firma del Medico prescrittore