FORNITURA AUSILI MONOUSO

(eccetto ausili per stomia e prodotti per il trattamento delle lesioni cutanee - DGR 77/2018)

Informazioni al paziente/familiare

Per ottenere gli ausili, l'assistito deve essere in possesso del MODULO DI PRESCRIZIONE E DI AUTORIZZAZIONE DEGLI AUSILI MONOUSO, compilato dal medico specialista pubblico o privato convenzionato (prima fornitura) o dal Medico di Medicina Generale (per i rinnovi) ed autorizzato dal Medico del Distretto di **residenza del paziente**. Fanno eccezione gli ausili assorbenti per i quali è possibile la prima prescrizione da parte del Medico di Medicina Generale.
La prescrizione ha validità annuale, salvo diversa indicazione del medico prescrittore ed in prossimità della scadenza potrà essere rinnovata dal Medico di Medicina Generale (ad eccezione degli ausili per tracheostomia -codice ISO = 09.15- che andranno prescritti sempre dallo specialista).

Attività del paziente/familiare per la fornitura di AUSILI MONOUSO

Ricevuto dal Medico Specialista il MODULO DI PRESCRIZIONE E DI AUTORIZZAZIONE DEGLI AUSILI MONOUSO l'assistito o il familiare, dovrà recarsi presso il Distretto di residenza dell'assistito per essere autorizzato alla fornitura.
Il distretto autorizza la prescrizione e consegna all'assistito l'autorizzazione alla fornitura con allegati i moduli mensili per richiedere gli ausili alle farmacie aperte al pubblico e/o negozi di articoli sanitari e protesica della provincia di Verona.
L'assistito si recherà presso una farmacia e/o negozi di articoli sanitari e protesica della provincia di Verona di sua scelta portando il modulo del mese per il ritiro del materiale.
Nello stesso mese, è possibile richiedere la fornitura dei dispositivi del mese di riferimento e quella del mese successivo, a copertura di 60 giorni di trattamento utilizzando 2 moduli (es: nel mese di aprile possono essere dispensati i quantitativi del modulo mensile valido dal 10 aprile al 10 maggio e quelli del modulo mensile valido dal 10 maggio al 10 giugno).
La spendibilità dei moduli mensili non è ammessa in nessun caso nel periodo successivo a quello indicato in ciascun modulo.
Nel caso di cambio prodotto/i prima del termine del periodo di validità della prescrizione, il paziente, al momento della richiesta della nuova autorizzazione, restituirà al distretto i rimanenti moduli non utilizzati.

Non sarà più necessario il preventivo, come accadeva precedentemente.

Si precisa che per gli ausili assorbenti, il distretto attiva il servizio di distribuzione diretta al domicilio dell'assistito.

REGIONE DEL VENETO ULSS9 SCALIGERA	*Azienda ULSS 9 - Scaligera* Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona cod.fisc. e P. IVA 02573090236

Timbro centro prescrittore

MODULO DI PRESCRIZIONE E DI AUTORIZZAZIONE DEGLI AUSILI MONOUSO*

(eccetto ausili per stomia e prodotti per il trattamento delle lesioni cutanee)

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome e nome_____

Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Data di nascita_____

Comune di residenza_____ Via_____N _____

N° di telefono fisso_____Fax_____N° di cellulare_____

Azienda ULSS di residenza / Regione_____Medico Curante_____

DIAGNOSI

Descrizione della disabilità _____

_____

_____

PRESCRIZIONE DEI PRODOTTI

[ ] PRIMA PRESCRIZIONE [ ] RINNOVO [ ] VARIAZIONE DI PRESCRIZIONE

Motivo del rinnovo o di variazione di prescrizione _____

Codice ISO	Codice prodotto	Tipologia del prodotto	Quantità mensile unità

Durata della prescrizione * (N° mesi):_____(durata max della prescrizione 1 anno)

* Codici ISO prescrivibili con questo modulo:
09.15: ausili per tracheostomia
09.18.24. 003-006-009: ausili per l'irrigazione dell'intestino
09.18.30: protettori dello stoma e cute peristomale
09.24: convogliatori urinari (cateteri, ecc.)
09.21.18.003: lubrificante per cateterismo
09.27: sacche di raccolta dell'urina
09.30: ausili assorbenti (il prodotto disponibile è quello aggiudicatario di gara regionale)
09.31: ausili per incontinenza fecale (irrigatori)

Cognome e Nome del Medico Prescrittore (Specialista o MMG)

_____

Data di Compilazione _____

Timbro e firma del medico prescrittore (Specialistta o MMG)

Medico Specialista in: [ ] Chirurgia generale [ ] Urologia [ ] Otorino Altro [ ] _____

[ ] Medico di medicina generale*

_____

**il MMG può effettuare:1) il rinnovo di tutti gli ausili monouso prescritti dallo specialista ad eccezione degli ausili per tracheostomia (codice ISO = 09.15); 2) la prima prescrizione ed il rinnovo degli ausili assorbenti (codice ISO = 09.30)*

AUTORIZZAZIONE ALLA FORNITURA DEI PRODOTTI PRESCRITTI

Spazio riservato al Distretto di residenza del paziente

VALIDITÁ FINO AL _____

Azienda ULSS di residenza_____Distretto:_____

- Vista la prescrizione del medico specialista o del MMG [ ] SI [ ] NO
- Verificata la competenza territoriale dell'utente:

[ ] residente [ ] NON residente [ ] NON residente ma con richiesta autorizzazione Az. Ulss di residenza

- Verificato il rispetto delle quantità erogabili: [ ] SI [ ] NO
- Si autorizza la fornitura dei dispositivi medici sopra prescritti:

[ ] SI [ ] NO [ ] SI nelle quantità _____

Cognome e Nome medico responsabile

_____

Data di autorizzazione _____

Timbro e firma del Direttore del Distretto o Delegato

EVENTUALI NOTE:_____

_____