



A.S.L. TO5

Azienda Sanitaria Locale
di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino

Ufficio Assistenza Protesica ed Integrativa - sede di Chieri Email : protesica.chieri@aslto5.piemonte.it
Email : protesica.chieri@aslto5.piemonte.it

Gentile Dott.

Su indicazione del Direttore di Distretto, Le inoltriamo l'elenco dei prodotti per il trattamento a pressione negativa delle lesioni cutanee che la nostra Azienda eroga agli aventi diritto come da gara interaziendale aggiudicata dall'Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano.

La invitiamo pertanto a valutare se per il paziente Sig. _____ sia possibile fornire uno dei prodotti di cui all'elenco allegato, in caso contrario La invitiamo a motivare l'indispensabilità e l'insostituibilità dei prodotti da Lei prescritti compilando la parte sottostante.

La ringraziamo per la collaborazione.

L'Operatore addetto
Ufficio Protesica ed Integrativa

Io sottoscritto Dott. _____ dichiaro _____

Data _____

Timbro e Firma del Medico Prescrittore

