

**A.S.L. TO5**Azienda Sanitaria Locale
di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e NichelinoDipartimento del Territorio
P.zza Pellico, 1- 10023 Chieri
Tel 011 9429 3801- 3818
protocollo@cert.aslto5.piemonte.it

Sede legale – Piazza Silvio Pellico, 1 – 10023 Chieri (TO) - C.F. e P.I. 06827170017 - www.aslto5.piemonte.it
centralino +39 011 94291 – pec protocollo@cert.aslto5.piemonte.it – e-mail protocollo@aslto5.piemonte.it

Allegato 7**MODULO PRESCRIZIONE AUSILI NON PERSONALIZZATI PER L' ASSISTENZA IN RSA**
RSA _____

SIG./SIG.RA _____

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ N. _____

AFFETTO DA _____

RECAPITI TELEFONICI RSA _____

EMAIL RSA (se non in possesso di quella aziendale ASLTO5) _____

DATI PAZIENTE: Peso ____ Kg Altezza ____ cm**IN QUANTO IN POSSESSO DI INVALIDITA' CIVILE 100% O 100% + I.A. - CON ELEVATO LIVELLO DI NON AUTOSUFFICIENZA INSERITO IN RSA****NECESSITA DEL SEGUENTE MATERIALE:** **PRIMA FORNITURA**

<input type="checkbox"/>	CARROZZINA CON TELAIO RIGIDO CON RUOTE GRANDI POST senza WC	12.21.06.006
<input type="checkbox"/>	CARROZZINA CON TELAIO RIGIDO CON RUOTE GRANDI POST con WC (solo se disponibile a magazzino, fino ad esaurimento scorte)	12.21 .06.003
<input type="checkbox"/>	CARROZZINA TELAIO RIGIDO CON RUOTE GRANDI ANT. Con WC (solo se disponibile a magazzino, fino ad esaurimento scorte)	12.21 09.003
<input type="checkbox"/>	CARROZZINA TELAIO RIGIDO CON RUOTE GRANDI ANT. senza WC	12.21 .09.006
	Aggiuntivi (se necessari) comuni alle cinque suddette tipologie di carrozzina	
<input type="checkbox"/>	Variazione larghezza sedile (inferiore a 40 o tra 45 e 50 cm)	12.24.06.121
<input type="checkbox"/>	Variazione larghezza sedile (superiore a 50 cm)	12.24.06.124
<input type="checkbox"/>	Tavolino con incavo avvolgente e bordi	12.24.1 5.106
<input type="checkbox"/>	Tavolino semplice (solo se disponibile a magazzino, fino ad esaurimento scorte)	12.24.15.103
<input type="checkbox"/>	Cinghia pettorale (allegare preventivo)	12.24.06.103
<input type="checkbox"/>	Cinghia pelvica (allegare preventivo)	18.09.39.163

FORNITURA IN SOSTITUZIONE PER IL SEGUENTE MOTIVO:

- usura rottura condizioni cliniche del paziente modificate

Note:

Data _____

Timbro e firma del medico curante RSA/MMG/Direttore Sanitario

AUTORIZZAZIONE N° _____

IMPORTO €. _____

DATA _____

TIMBRO E FIRMA _____