

**A.S.L. TO5**Azienda Sanitaria Locale
di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino

DIPARTIMENTO DEL TERRITORIO

P.zza Pellico, 1 – 10023 Chieri

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 8****MODULO PRESCRIZIONE AUSILI ALLA DIMISSIONE DEL PAZIENTE DALL'OSPEDALE**

SIG./SIG.RA _____

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ N. _____

AFFETTO DA _____

RECAPITI TELEFONICI _____ EMAIL _____

Il paziente risulta, come previsto dal D.M. 332/99, affetto da una menomazione grave e permanente e:

- è in possesso di invalidità civile SI NO,
 - o se NO, ha effettuato domanda di invalidità civile SI NO

Firma del paziente o nome e firma del caregiver _____

NECESSITA PER IL RITORNO AL DOMICILIO (dimissioni previste il _____) DI FORNITURA NECESSARIA E URGENTE DI:DATI ABITAZIONE: Larghezza porte interno abitazione _____ cmDATI PAZIENTE: Peso _____ Kg Altezza _____ cm

<input type="checkbox"/>	SEDIA per WC e DOCCIA	09.12.03.003
<input type="checkbox"/>	SEDIA GIREVOLE DA VASCA (solo per vasca lunga standard)	09.12.03.003
<input type="checkbox"/>	RIALZO STABILIZZANTE per WC	09.12.24.003
<input type="checkbox"/>	CARROZZINA CON TELAIO RIGIDO CON RUOTE GRANDI POST senza WC	12.21.06.006
<input type="checkbox"/>	CARROZZINA TELAIO RIGIDO CON RUOTE GRANDI ANT. senza WC	12.21.09.006
	Aggiuntivi (se necessari)	
<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	12.24.15.106
<input type="checkbox"/>	Tavolino semplice	12.24.15.103
<input type="checkbox"/>	LETTO A DUE MANOVELLE	18.12.07.006
	SPONDE N _____	18.12.27.103
<input type="checkbox"/>	TRAPEZIO	12.30.09.103
<input type="checkbox"/>	MATERASSO AD ARIA ANTIDECUBITO	03.33.06.018
<input type="checkbox"/>	MATERASSO VENTILATO IN ESPANSO	03.33.06.003
<input type="checkbox"/>	CUSCINO ANTIDECUBITO in gel fluido	03.33.03.006

□	CUSCINO ANTIDECUBITO a bolle d'aria a microinterscambio	03.33.03.015
---	---	--------------

Data _____

Timbro e firma del Medico Ospedaliero

AUTORIZZAZIONE N° _____	IMPORTO €. _____
DATA _____	TIMBRO E FIRMA _____