**MODULO REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI VENTILOTERAPIA DOMICILIARE**

**Unità Operativa di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **DATI PAZIENTE** |
| **COGNOME** | **NOME** | **RECAPITI:**Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **NATO/A A**  | **IL** |
| **C.F.** | **RESIDENZA** |
| **ASL DI APPARTENENZA** | **INDIRIZZO:** |
| **DIAGNOSI E CONDIZIONE OBIETTIVA** |
| Diagnosi principale: Codice ICD9:Osservazioni: |
|  **EMOGASANALISI ARTERIOSA** | **ALTRI ESAMI E ANNOTAZIONI** |
| **In respiro spontaneo**Data …...../......../...........Pa O2...............**.<(60mmHg)**Pa CO2.............**>(45mmHg)**Ph ….............................CV........................<**(20/30%)** | **In ventilazione**Data …..../......../.............Pa O2.............................Pa CO2...........................Ph …............................... |  |
| **PRESCRIZIONE** |
|  □ **1° PRESCRIZIONE** □ **RIVALUTAZIONE**  □ **SOSPENSIONE** |
|  ***VENTILOTERAPIA NON INVASIVA*****ore** □ **> 16 /die** □ **< 16/die** | ***VENTILOTERAPIA INVASIVA*** **PAZIENTE TRACHEOSTOMIZZATO****< 16 h/die** | ***VENTILOTERAPIA INVASIVA*** **PAZIENTE TRACHEOSTOMIZZATO****> 16 h/die** |
| **LOTTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****3 MASCHERE :** **MISURA\***: □ XS □ S □ M □ L □ XL**TIPO:**□Total Face □Oronasale □Nasale □Ventilata □ Non Ventilata***3 CIRCUITO -TUBI:***□ Bitubo Due Vie□ Monotubo 180cm□ 2 Meccanismi Anti-Rebreathing □ Filtri Macchina ***ASSISTENTE TOSSE*** □ Apparecchio per tosse assistita con accessori (filtri+maschera+circuito) | **LOTTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** □ 12 kit circuito completi valvola espiratoria □ 12 camere umidificazione o 365 nasi artificiali con attacco ossigeno □ 12 Filtri aria macchina□ 50 Cateteri Mount: □10cm □15cm□ 60-90 Sondini da aspirazione al mese □con valvola □senza valvola  **Misura:** CH\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ 12 filtri antibatterici □ Medicazione per Tracheostomia □ Fascia di Fissaggio per cannula tracheostomica□ Cannula tracheostomica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **LOTTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**□ 24 kit circuito completi valvola espiratoria □ 12 camere umidificazione o 365 nasi artificiali □ 12 Filtri aria macchina□100-150 Cateteri Mount: □10cm □15cm□ 90 Sondini da aspirazione al mese □con valvola □senza valvola  **Misura:** CH\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ 24 filtri antibatterici□ Medicazione per Tracheostomia □ Fascia di Fissaggio per cannula tracheostomica □ Cannula tracheostomica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Lo Specialista si impegna a fornire le dovute in*formazioni sul funzionamento e corretto utilizzo e gestione della tecnologia prescritta e ad acquisire il consenso informato in sede di Collaudo come da linee guida di cui alla DGR 17/13 del 24/04/12***

 **Luogo e data *Timbro e Firma Specialista Prescrittore* *Timbro e Firma il Distretto***

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_