**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***

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