



AGENZIA REGIONALE SANITARIA  
P.F. Assistenza Farmaceutica  
Il Dirigente

SEGNATURA: 0002510|26/02/2021|R\_MARCHE|ARS|ASF|P

Regione Marche



**Alla Federfarma Marche**

**Alla Confeservizi Assofarm Marche**

**Ai Direttori Sanitari degli Enti del SSR**

**Ai Direttore del Dipartimento Politica del Farmaco ASUR**

**Ai Responsabili dei Servizi Farmaceutici Territoriali e Ospedalieri**

**LORO SEDI**

**Oggetto: Ossigeno terapeutico prescrizione e fornitura**

Si ritrasmette, in allegato, la circolare prot. n. 3715 del 30/03/2020/ARS/ASF/P come da oggetto.

Facendo riferimento all'attuale periodo emergenziale si sottolinea l'importanza di una razionalizzazione del servizio di distribuzione di ossigeno gassoso a fronte di un incremento dei consumi territoriali di ossigeno gassoso.

Si ricorda, inoltre, la possibilità da parte dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta di prescrivere ossigeno liquido a favore degli assistiti che hanno un consumo di ossigeno gassoso superiore a 18.000 litri al mese; all'uopo si allega il modulo per la prescrizione.

Stante l'importanza dell'argomento trattato si invitano le SS.LL. ad informare i MMG e PLS e gli altri operatori sanitari interessati.

Si coglie l'occasione per inviare cordiali saluti.

Il Dirigente della Posizione di funzione  
(Dott. Luigi Patregnani)

LUIGI PATREGNANI  
REGIONE  
MARCHE/01168210423  
Ruolo  
26.02.2021 13:37:11  
UTC



## SERVIZIO DI OSSIGENOTERAPIA A LUNGO TERMINE

## FORNITURA DI OSSIGENO LIQUIDO

Codice fiscale assistito

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MESE	TIMBRO FARMACIA	SI RILEVA CHE
1°		
2°		
3°		
4°		
5°		
6°		
Max + 15 giorni		



**MODULO PER LA VERIFICA DELLA QUALITA' DEL SERVIZIO DI  
OSSIGENOTERAPIA DOMICILIARE (OSSIGENO LIQUIDO)**

Attivazione Richiesta specifica 

La ditta ha fornito sufficienti informazioni sul servizio di ossigenoterapia ed ha comunicato recapiti telefonici, orari e tempi di consegna ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Le condizioni igieniche dei contenitori criogenici di ossigeno e dei presidi necessari per la somministrazione sono ottimali ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Il paziente e i suoi familiari osservano le norme igieniche e di sicurezza quali divieto di fumo, divieto di toccare le apparecchiature ed i relativi accessori con le mani sporche di unguenti o pomate, divieto di ingrassare e/o oliare le apparecchiature di propria iniziativa, ecc ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Si notano formazioni di ghiaccio sulla parete esterna del contenitore criogenico e/o sugli attacchi ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Il paziente o suo familiare si impegna a monitorare il consumo di ossigeno liquido e a comunicare alla farmacia eventuali discrepanze tra quantità prescritta sul modulo ALLEGATO B e quantità erogata ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
In caso di necessità, sia per interventi di manutenzione ordinaria e/o straordinaria di tutte le apparecchiature, la ditta fornitrice è intervenuta con tempestività ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Il paziente o suo familiare si impegna a comunicare alla farmacia tutte le variazioni riguardanti: la variazione del domicilio, la sospensione del servizio (ricovero ospedaliero o presso altra struttura) e il termine del servizio (decesso) ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
La ditta produttrice ed erogatrice di ossigeno dimostra professionalità e disponibilità nell'espletamento del servizio ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Firma del paziente o familiare: \_\_\_\_\_

**PARTE RISERVATA ALLA FARMACIA**

Dichiaro di avere preso atto delle dichiarazioni sopra riportate e di avere adottato gli opportuni correttivi ove necessario.

Data \_\_\_\_\_

Firma e timbro della farmacia