



MODULO PER LA PRESCRIZIONE DI OSSIGENOTERAPIA A LUNGO TERMINE

Codice registro regionale

Codice fiscale assistito

Cognome e nome assistito _____

Sesso M F Data di nascita

Luogo nascita e provincia _____

Residenza _____

Recapito telefonico _____

PRESCRIZIONE DI OSSIGENOTERAPIA A LUNGO TERMINE

Ossigeno liquido Concentratore _____

Flusso medio l/min , per ore die

Fabbisogno per 30 giorni in litri (10% dispersione fisiologica)

Prescrizione valida fino al

Prossimo controllo previsto tra 6 mesi +/- 30 giorni

Prima prescrizione Prosecuzione Termine

<p>STRUTTURA SANITARIA Timbro con codice</p>	<p>MEDICO PRESCRITTORE Timbro con codice fiscale e firma</p>	<p><input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Data</p>
---	---	---

<p>FARMACIA Timbro con data e codice</p>	<p>FARMACIA Firma</p>	<p>Attivazione Servizio</p> <p><input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Data</p> <p><input type="text"/> , <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Ora</p>
---	----------------------------------	--

SERVIZIO DI OSSIGENOTERAPIA A LUNGO TERMINE

ALLEGATO 1 Retro

FORNITURA DI OSSIGENO LIQUIDO

Codice fiscale assistito

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

MESE	TIMBRO FARMACIA	SI RILEVA CHE
1°		
2°		
3°		
4°		
5°		
6°		
Max + 30 giorni		

[Handwritten signature]