



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

STRUTTURA SANITARIA

Timbro con codice

MEDICO PRESCRITTORE

Timbro con codice fiscale e firma

		/		/					
--	--	---	--	---	--	--	--	--	--

Data

FARMACIA

Timbro con data e codice

FARMACIA

Firma

Attivazione Servizio

		/		/					
--	--	---	--	---	--	--	--	--	--

Data

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

Ora

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]