

PRESCRIZIONE MEDICA

Apparecchio per aerosol & Aspiratore/Cura

In conformità alle direttive della Società Svizzera di Pneumologia

Prima prescrizione ☐

Rinnovo ☐

EMAp ☐ OPre 7 ☐



A) Informazioni generali (questa sezione va compilata in ogni sua parte)

Nome/Cognome _____
Indirizzo _____
NPA/Località _____
Telefono/Natel _____
Professione _____
Assicuratore _____

Sesso _____
Data di nascita _____
E-Mail _____
No di sicurezza sociale _____
Malattia/Acc./AI _____
Numero d'assicurato _____

B) Diagnosi principale

00 Malattie polmonari ostruttive

01 bronchite cronica, enfisema
02 asma

10 Malattie polmonari restrittive

(fibrosi polmon., pneumoconiosi, silicosi, post Tbc)

20 Disturbi respiratori del sonno

(OSA, CSA, malattie miste)

30 Malattie neuromuscolari

selezionare il codice

40 Malattie vascolari

(ipertensione polmonare)

50 Malattie cardiache

(cuore polmonare, malformazione card., insufficienza cardiaca)

60 Altre malattie

(cancro, mucoviscidosi, ipoventilazione alv., broncodisplasia)

90 Altre _____

C) Prescrizione per

- ☐ **Apparecchio per aerosol**
- ☐ Nebulizzatore spec. per antibiotici e steroidi
- ☐ Maschera di silicone per bambini

☐ **Apparecchio aspiratore per le vie respiratorie**

Inizio del trattamento _____

(si prega di barrare con una crocetta la soluzione prescelta)

Farmaco	Dose	Somministrazione giornaliera

D) Prescrizione per consulenza e cure ambulatorie o a domicilio

☐ si ☐ no

Soglia di riferimento in minuti

- 1) Fatturazione secondo necessità effettiva/prestazioni.
- 2) La prescrizione medica è consegnata per 6 mesi, si riconduce automaticamente per 6 mesi supplementari.

Terapia per inalazione
Primo anno: 120 minuti

Terapia per inalazione
Anni successivi: 60 minuti

Aspirazione Primo anno:
180 minuti

Aspirazione Anni successivi:
90 minuti

E) Medico prescrivente

Medico prescrivente

Data della prescrizione

Medico curante

Timbro e firma (compreso N° RCC)

Inviare la prescrizione a
