

**U.O.S.D. MEDICINA LEGALE**

**MODULO PER LA PRESCRIZIONE DI PRESIDI PROTESICI**  
 D.M. 332/99 Art. 4 e DPCM 12/01/2017 Allegato 12 Art. 1, Allegato 11 Art. 1

**Assistito:** Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residenza : Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

**Diagnosi :** (indicare la patologia o la lesione che ha determinato la menomazione o la disabilità e le specifiche menomazioni o disabilità) \_\_\_\_\_

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

Q.TA'	DESCRIZIONE DEI PRESIDI E DEGLI EVENTUALI AGGIUNTIVI E/O PERSONALIZZAZIONI	CODICE ISO

**Significato terapeutico e riabilitativo** con descrizione del programma di trattamento indicando gli esiti attesi dall'equipe e dall'assistito in relazione all'utilizzo di quanto prescritto e motivazione della richiesta per i presidi riconducibili: \_\_\_\_\_

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

---

---

---

---

**Modi e tempi di impiego del presidio** (indicare ore nella giornata o giorni nella settimana o altro e l'eventuale necessità di aiuto o supervisione nell'impiego, durata del fabbisogno per i presidi monouso):

---

---

---

---

---

---

---

---

**Eventuali controindicazioni e limiti d'impiego:** \_\_\_\_\_

---

---

**Presidio soggetto a collaudo**    **SI**                       **NO**

---

---

**Previsione rinnovo prescrizione :** \_\_\_\_\_

---

---

**La presente prescrizione è "Urgente prima di dimissione"** **SI**                       **NO**

**Se SI indicare la data presunta delle dimissioni :** \_\_\_\_\_

Data

Timbro e Firma del medico prescrittore

---

---

**(Si precisa che, ogni campo dovrà essere accuratamente compilato secondo quanto richiesto, al fine di permettere la disamina della richiesta in tempi congrui)**