

**MODULO
DA STAMPARE FRONTE-RETRO**

**SISTEMA PER LA CURA DELLE FERITE A PRESSIONE NEGATIVA
Delibera del Direttore Generale n. 223 del 17 febbraio 2022
RICHIESTA – AUTORIZZAZIONE - FINE TERAPIA DEI SISTEMI A PRESSIONE NEGATIVA**

**Lotti 1 - 2 – 3 – 4
MODELLO A**

Paziente Signor/ra _____ Data di nascita _____

Codice paz. (fini GDPR) _____ Specificare (SDO, presa in carico ADI o progr. del DEC) _____

Medico richiedente: _____ presso _____

Recapiti Medico/reparto _____ Centro di Costo _____

Recapito telefono paziente/parente _____

Timbro e Firma Medico richiedente – responsabile inizio e fine del trattamento	Data _____
---	--

Richiamati i criteri di selezione:

- per i pazienti già in trattamento, la continuità, nel caso in cui l'Amministrazione nella persona del DEC o suo delegato ritenga necessario proseguire il trattamento con il dispositivo attualmente utilizzato;
- le diverse patologie prevalenti e secondarie da trattare, debitamente valutate dal DEC o suo delegato, anche in base alla propria popolazione di pazienti.

Dr. TRULLI	Direttore DSB
Timbro e firma per approvazione Data _____	Timbro e firma per approvazione Data _____

SISTEMA PRESCRITTO			
SISTEMA STANDARD Lotto 1	SISTEMA AVANZATO Lotto 2	SISTEMA ADDOME APERTO Lotto 3	SISTEMA MONOUSO Lotto 4
1) LOHMANN&R. 2) SMITH&NEPHEW 3) TEGEA	1) SMITH&NEPHEW 2) LOHMANN&R. 3) TEGEA	1) LOHMANN&R. 2) SMITH&NEPHEW	1) CONVATEC 2) SMITH&NEPHEW

si prescrive applicazione di pressione negativa come da modello compilato “commissione e comunicazione di inizio terapia ed integrazione”

**MODULO
DA STAMPARE FRONTE-RETRO**

**SISTEMA PER LA CURA DELLE FERITE A PRESSIONE NEGATIVA
Delibera del Direttore Generale n. 223 del 17 febbraio 2022
RICHIESTA – AUTORIZZAZIONE - FINE TERAPIA DEI SISTEMI A PRESSIONE NEGATIVA**

Lotti 1 - 2 – 3 – 4

MODELLO A

Gg. di Terapia autorizzati _____	Ulteriori gg. autorizzati: _____	firma per autorizz. _____
Event. ulteriore prosecuz.: _____		firma per autorizz. _____
Event. ulteriore prosecuz.: _____		firma per autorizz. _____

DA COMPILARE IMMEDIATAMENTE A CURA DEL MEDICO RICHIEDENTE

MATRICOLA APPARECCHIO UTILIZZATO:

DATA INIZIO TERAPIA _____ (Indicare la data successiva al giorno di consegna/installazione)	DATA FINE TERAPIA _____ (Indicare la data precedente al giorno di riconsegna) DATA FINE TERAPIA IN CASO DI PROSECUZIONE _____ (EVENTUALE)	TOTALE GIORNI TERAPIA _____ _____
--	--	--

L'apparecchio ed il materiale non utilizzato sono da restituire presso l'ambulatorio di vulnologia (p.o. Chieti)

Alla luce di quanto sopra

Si prega la U.O.C. Ingegneria Clinica di emettere l'ordinativo di fornitura

Timbro e Firma Medico richiedente

NB: il presente modulo andrà inoltrato la prima volta per l'attivazione della terapia e la seconda volta per segnalare tempestivamente la fine della terapia al fine di interrompere la durata e la corresponsione del canone di noleggi