

RICHIESTA MATERIALI PER ATTIVAZIONE -SISTEMA A PRESSIONE NEGATIVA

Delibera D.G. n. n. 223 del 17 febbraio 2022

ALLA C.A.
FARMACIA INTERNA
del p.o. di _____

ALLA C.A. dell'O.E.
che ha attivato la terapia

SCHEDA DI CESSAZIONE ANTICIPATA

terapia a pressione negativa

Lotti 1 – 2 – 3

MODELLO B

- Medico richiedente attivazione della terapia : _____

CODICE PAZIENTE PSEUDOMINIZZATO: _____

- Riferimento Ordine : _____

Data inizio terapia : _____ Data cessazione anticip. terapia: _____

Totale giorni prescrizione utilizzati _____ su totali _____

- Trattamento pressione negativa ditta aggiudicataria : _____

- Aspiratore Modello : _____ Versione fissa ☐ Versione portatile ☐

Data : _____ Medico richiedente Timbro e Firma: _____