

Modulo 4

PRESCRIZIONE PUNTATORE OCULARE

A cura del Centro di Riferimento Malattie Rare o dell'Ambulatorio per la CAA della ASL Roma 1
da inviare ad ausili.comunicazione@aslroma1.it

Paziente:

Cognome _____ Nome _____

nato/a _____ (Pr. _____) il _____ CF _____

residente in via _____ N _____ CAP _____

nel Comune di _____ (Pr. _____) ASL _____ Distretto _____

Recapiti paziente: tel. _____ Fax _____ e-mail _____

Eventuale familiare di riferimento _____

Recapiti del familiare: tel. _____ Fax _____ e-mail _____

Affetto da: _____

Presa visione della relazione del NV e delle priorità indicate dal paziente in base ai criteri esaminati per ciascun ausilio provato, il medico del:

☐ Centro di Riferimento _____ ☐ Ambulatorio CAA - ASL Roma 1

prescrive il seguente puntatore oculare e ulteriori accessori necessari al completo funzionamento:

Vista la gara puntatori oculari ASL Roma 1 Del.n.3 del 14 12 2021 :

Il dispositivo rientra nel Lotto 1: puntatore monoculare ☐

Il dispositivo rientra nel Lotto 2 . puntatore binoculare ☐

Descrizione del progetto terapeutico in cui si inserisce il prodotto proposto e durata del trattamento

Data _____ Timbro e firma del medico prescrittore _____