

**PRESCRIZIONE PER EROGAZIONE DI DISPOSITIVO MEDICO INFORMATICO
RICONDUCIBILE (D.M.332/99) TABLET PER LA CAA/ ALTRI DISPOSITIVI FACILITANTI LA
COMUNICAZIONE**

A cura del Centro di Riferimento Malattie Rare o dell'Ambulatorio per la CAA della ASL Roma 1

da inviare all'Ufficio Assistenza Protesica della ASL residenza assistito _____

e per cc 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: _____

Valutata la relazione del Nucleo di Valutazione, che si allega, il medico del:

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

Prescrive per il paziente il seguente ausilio riconducibile al nomenclatore tariffario con i codici:

Ausilio: _____

Codice: _____

Codice: _____

Codice: _____

Codice: _____

Codice: _____

Codice: _____

Si allega scheda tecnica dell'ausilio prescritto

descrizione del problema clinico per cui viene proposto il prodotto come indispensabile e insostituibile _____

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

Data _____ Timbro e firma del medico prescrittore _____