



RICHIESTA PRODOTTI PER TRACHEOSTOMIZZATI E LARINGECTOMIZZATI

(Inviare il modulo a UOS Servizio Farmaceutica Territoriale - UOC Farmacia - ASST Papa Giovanni XXIII Via Borgo
Palazzo 130, Bergamo (fax 0352676383, mail sft.magazzino@asst-pg23.it)

Data

PreSST

Indirizzo.....

N. Telefonico..... N. Fax..... Mail.....

Centro di costo.....Funzionario competente.....

Medico Prescrittore

Cognome e nome dell'assistito/a

Tessera Sanitaria/codice fiscale.....N. telefono

Numero prescrizione Assistant@RL (da indicare se viene richiesta la cannula).....

DESCRIZIONE ANAGRAFICA ARTICOLI RICHIESTI	CODICE ISO - NOM.TARIFF. DM 332/99	Riportare "CODICE COMMERCIALE" (1)	QUANTITATIVO TOTALE RICHIESTO PER IL PERIODO	PERIODO DI FORNITURA COPERTO (IN MESI)
COMPRESSE TRACHEALI (GARZE METALLINE)	Metalline			
NASTRI REGGICANNULA (COLLARINI) *	Reggicann			
FILTRI IGROSCOPICI (NASI ARTIFICIALI)** - con o senza attacco ossigeno -	Filtristoma			
VALVOLE (O PROTESI) FONATORIE **	Valvfonat			
CANNULA TRACHEALE (+)	091503003 091503006 091503007 091503009 091503015			
FILTRI COPRISTOMA	Filtristoma			
BAVAGLINI COPRISTOMA (Bavaglini maglia/cotone e Sottobavaglini garzati)	Bavagstoma			

(1) Consultare l'elenco dei prodotti codificati inviato da UOS Servizio Farmaceutica Territoriale - UOC Farmacia.
Nel caso in cui il prodotto NON sia riportato nell'elenco, specificare: marca, referenza, modello, misura.

* specificare se trattasi di misura piccola o grande; ** specificare se con o senza attacco ossigeno; (+) specificare se cuffiata o non cuffiata

Firma e timbro del Responsabile Sanitario richiedente

 UOC Farmacia