

REGIONE LOMBARDIA

U.S.S.L. n. \_\_\_\_\_

**PROGRAMMA TERAPEUTICO PER L'EROGAZIONE DI FORNITURE PROTESICHE**

PERIODO DI VALIDITA' DAL   /  /   AL   /  /  

RICHIEDENTE: Cod. Reg. le Assistito 409IV1230

sexso

M  F

COGNOME KRUGER NOME GIORGIO

Data di nascita

RESIDENZA ANAGRAFICA

05/03/45

Via PAOLI

n. 1

Comune MILANO

**1 VALUTAZIONE CLINICA E STRUMENTALE**

a) Sintesi dell'analisi funzionale

b) Esiti esami strumentali

Disturbo respiratorio in sonno di natura mista in soggetto affetto da ipertensione

Vali delegati

**2 DIAGNOSI CIRCOSTANZIATA** DISTURBO RESPIRATORIO IN SONNO DI NATURA MISTA DI GRADO MODERATO

**3 CLASSIFICAZIONE DELLA FORNITURA**

TIPO DI PRESIDIO NECESSARIO	MODALITA' DI FORNITURA			SUPPORTO PRESCRIZIONE	
	GRATUITA	A RIMBORSO	TOTALMENTE A CARICO DELL'UTENTE	MOD. 03	RICETTA COD. 7
<input type="checkbox"/> PROTESI (All. A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> AUSILI TECNICI (All. B)					
<input type="checkbox"/> Monouso (cod. 101)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Riutilizzabili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> APPARECCHI (All. C)	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	

N.B. Per la prescrizione delle protesi acustiche deve essere obbligatoriamente usato lo specifico "ALLEGATO1" al D.M. 30/07/91

Mod00193 - Centro Stampa

**Giorgio Krüger (gk@gkappa.com) - Merate (CO) 05/03/1945 - KRGR45C05F133X - Prescrizione-04**

**4** PRESCRIZIONE

Presidio prescritto	Codice relativo	Presidio prescritto	Codice relativo
BIPAP ASV Respiromico			
(LINDE) + umidificatore			
Maschera MIRAGE 4 (M)			
Resmed			

**5** SIGNIFICATO TERAPEUTICO E RIABILITATIVO

Cottazione disturbo respiratorio

**6** TEMPI DI IMPIEGO

- Ore nella giornata 8

- Giorni nella settimana TUTTI

- Settimane nell'anno TUTTE

- Altro \_\_\_\_\_

**7** MODALITA' DI CONTROLLO

- Data 1° controllo 12 / 12 / 2012

- Data controllo successivo     /    /    

- Altro \_\_\_\_\_

**8** VARIAZIONI PREVEDIBILI NEL TEMPO

- Entro i limiti prescritti dal nomenclatore

Possibili     Non possibili

- Altre \_\_\_\_\_

**9** CONTROINDICAZIONI E LIMITI D'IMPIEGO

- Espressamente esplicitate all'utente

- Altre \_\_\_\_\_

Timbro della struttura di appartenenza del medico prescrittore

A.O. NIGUARDA CA' GRANDA  
 Dr. LINO NOBLI  
 Medico Prescrittore  
 C.F. NBL LNI 65B14 0933X

(firma)

Data 06 / 10 / 2012

**PRESCRIZIONE DI APPARECCHIO PER VENTILOTERAPIA DOMICILIARE**

cognome KRUGER nome GIORGIO

data di nascita 05.03.1945 residente a MILANO

via PAOLI 1

n° telefono 335.6046746 n° tessera SSN 408VK230

invalidità ( ) accertata  in corso di accertamento

patologia: Disturbo respiratorio in sonno di natura mista

ventilatore tipo BIPAP ASV + umidificatore

mod. BIPAP ASV advanced Respronic LINDE.

umidificatore  a caldo ( ) a freddo

broncoaspiratore ( ) con batteria interna ( ) senza batteria interna

richiesta di manutenzione:  ordinaria ( ) full risk

gruppo di continuità ( ) si  no

ore di ventilazione n° 11 /die n° 8 /notturne

OLT ( ) si  no

**VENTILAZIONE NON INVASIVA**

maschera  
 ▶ oronasale modello MIRAGE 4 misura M n° 2 /anno

▶ nasale con foro di esalazione ( ) si ( ) no misura ..... n° ..... /anno

▶ orale modello ..... misura ..... n° ..... /anno

▶ altro tipo di interfaccia: .....

▶ reggimaschera ( ) a cuffia ( ) nucale

**VENTILAZIONE INVASIVA**

cannuola tipo .....

modello ..... diametro .....

statere mount diametro ..... n° ..... /mese

condini per broncoaspirazione n° ..... /mese

maschini artificiali n° ..... /mese

A.O. NIGUARDA CA' GRANDA  
 Dr. LINO NOBILI  
 Matr. 12056  
 C.F. NBL LN 65B14 C933X

MODULO PER LA COMPILAZIONE DEL REGISTRO REGIONALE

ASL n° \_\_\_\_\_ Ente prescrittore A.O. NIGUARDA Data \_\_\_\_\_  
 1° modulo  Rinnovo \_\_\_\_\_ Data inizio VMD \_\_\_\_\_  
 N. tessera sanitaria 409VK 230 Sesso: M  F \_\_\_\_\_ Anno nascita 1945

Diagnosi di base

Malattia Neuromuscolare  Esiti tetraparesi  
 Miopatia  Fibrosi cistica  
 Cifoscoliosi  Bronchiectasie  
 Neuropatia  BPCO  
 Sindrome post-polio  OSAS  
 OSAS + BPCO  Altro Disturbo misto

Parametri funzionali

PaCO<sub>2</sub> basale \_\_\_\_\_ PaCO<sub>2</sub> in VM \_\_\_\_\_ MIP a riposo (%pred.) \_\_\_\_\_  
 CV (%pred.) \_\_\_\_\_ FEV<sub>1</sub> (%pred.) \_\_\_\_\_ Sintomi a riposo: SI  NO \_\_\_\_\_  
 SaO<sub>2</sub> notturna basale: Valore medio <90% per oltre il 50% del tempo: SI \_\_\_\_\_ NO   
 SaO<sub>2</sub> notturna in VM: Valore medio <90% per oltre il 50% del tempo: SI \_\_\_\_\_ NO

Modalità di ventilazione

PSV \_\_\_\_\_ IPPV \_\_\_\_\_ NPV \_\_\_\_\_ PCV \_\_\_\_\_ altre BIPAP ASV  
 Regolazioni alla dimissione EPAP<sub>min</sub>: 8 EPAP<sub>max</sub>: 10 P<sub>3min</sub>: 6 P<sub>3max</sub>: 10  
 Modello usato in ospedale BIPAP ASV Azienda produttrice Respironics LINDE

Interfaccia paziente-ventilatore

Maschera facciale  MIRAGE 4 (M) Maschera nasale \_\_\_\_\_ Protesi orale \_\_\_\_\_ Tracheo \_\_\_\_\_ NPV \_\_\_\_\_  
 Uso contemporaneo di ossigeno: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Self-care: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Integrazioni assistenziali

Non necessarie  ADI \_\_\_\_\_ Altro \_\_\_\_\_  
 Unità Operativa prescrittrice Mediana del Sonno  
 Firma del Medico A.O. NIGUARDA CA' GRANDA Codice Regionale n° 30590  
DR. LINO NOBILI  
Matr. 12056  
C.F. NBL LNI 65B14 C933X

MATERIALE DI CONSUMO

circuito

- monocircuito: n° 2 /anno
- doppio circuito n° \_\_\_\_\_ /anno
- linea pressione n° \_\_\_\_\_ /anno
- valvola espiratoria n° \_\_\_\_\_ /anno
- plateau valve n° \_\_\_\_\_ /anno
- whisper n° \_\_\_\_\_ /anno
- raccordo per O2 n° \_\_\_\_\_ /anno
- tubo di connessione O2 n° \_\_\_\_\_ /anno
- formellino di umidificazione:  si ( ) no
- camere di umidificazione n° 2 /anno
- bicchieri raccoglicondensa n° \_\_\_\_\_ /anno
  
- filtri antipolvere n° 1 /mese
- filtri antibatterici n° \_\_\_\_\_ /mese
- filtri autoumidificanti n° \_\_\_\_\_ /mese

assistenza domiciliare

non necessaria

richiesta per .....

data

04.10.2012

Unità Operativa di Medicina del Sonno

Presidio Ospedaliero di NIGUARDA Azienda ospedaliera

A.O. NIGUARDA CA' GRANDA  
Dr. LINO MOBILI  
Matr. 72056  
C.F. NBL LNI 65B14 C933X

Autorizzazione Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 1

data

timbro e firma