



Prescrizione dei Presidi

Gruppo di Studio Stomaterapisti

Coordinatori: Giovanna Bosio, Maria Russo

Componenti del Gruppo di Studio che hanno approvato il documento

Alladio Franca, Bosio Gloria, Castro Valdeiglesias Roxana, Cavallazzi Raffaella, Cirio Angela, Coppa Boli Giafranco, Falco Luciana, Ferrero Cristoforo, Fina Laura, Fiordispina Giuseppe, Foltran Maura, Friio Maria, Gastaldi Paola Gabriella, Grassi Maurizio, Laganà Elisabetta, Marino Maria, Pellissero Marcella, Quatrале Lucia, Rapaj Anila, Rastello Cinzia, Rittano Daniela, Tomarelli Piera Roberta, Trovato Giovanna, Valenti Antonio, Valle Cristina

Questo documento è stato redatto riportando tutti i codici identificativi dei presidi stessi secondo il nomenclatore tariffario riconosciuto nella Regione Piemonte al fine di unificare la prescrizione per tutti gli ambulatori.

PIANO TERAPEUTICO PER MATERIALE PROTESICO

Cognome:	Nome
Nato il:	C.F
portatore/trice di	

DISPOSITIVI per STOMIA URINARIA	CODICE ISO	MENSILE*
MONOPEZZO: PIANO	09.18.07.003	
MONOPEZZO: CONVESSO	09.18.07.006	
PLACCA PIANA	09.18.08.003	
PLACCA CONVESSA	09.18.08.006	
SACCA DI RACCOLTA	09.18.08.009	
SACCA RACCOLTA URINA RIUTILIZZABILE, DA LETTO	09.27.07.006	
SACCA RACCOLTA URINA MONOUSO, DA LETTO	09.27.07.003	
SACCA DA GAMBA RIUTILIZZABILE	09.27.04.006	
SACCA DA GAMBA MONOUSO	09.27.04.003	
TUTORI per UCS: 3,5 cm 25 /30	09.24.06.018	
TUTORI per UCS: 4,2 cm 25 /30	09.24.06.018	

ACCESSORI	CODICE ISO	MENSILE*
PASTA PROTETTIVA	09.18.30.003	
POLVERE PROTETTIVA	09.18.30.006	
ANELLO PLASMABILE	09.18.30.003	
FILM PROTETTIVO	09.18.30.006	
RIMUOVI ADESIVO	09.18.30.006	

* Q.tà massime erogabili

** Q.tà massime erogabili sono da intendersi per ogni stomia e sono incrementabili, a giudizio dello specialista prescrittore, fino al 50% nel periodo iniziale di assistenza e addestramento all'uso di durata non superiore ai 6 mesi.

PRESCRIZIONE VALIDA PER MESI:

DATA,

TIMBRO / FIRMA MEDICO

TIMBRO / FIRMA STOMATERAPISTA

PIANO TERAPEUTICO MATERIALE PROTESICO

Cognome:	Nome
Nato il:	C.F
portatore/trice di	

DISPOSITIVI per STOMIA INTESTINALE	CODICE ISO	MENSILE *
MONOPEZZO PIANO FONDO CHIUSO	09.18.04.003	
MONOPEZZO PIANO FONDO APERTO SCARICO INTEGR. (NAZ)	09.18.04.006	
MONOPEZZO PIANO FONDO APERTO SCARICO INTEGR. (REG)	09.18.05.018	
MONOPEZZO CONVESSO FONDO CHIUSO (2)	09.18.04.009	
MONOPEZZO CONVESSO FONDO APERTO	09.18.04.009	
PLACCA PIANA (3)	09.18.05.003	
PLACCA CONVESSA (3)	09.18.05.006	
SACCHETTO FONDO CHIUSO	09.18.05.009	
SACCHETTO FONDO APERTO SCARICO INTEGRATO (1) (REG)	09.18.05.021	
SACCHETTO FONDO APERTO SENZA SCARICO INTEGRATO (NAZ)	09.18.05.012	
SET IRRIGAZIONE COMPLETO	09.18.24.003	
SACCHE DI SCARICO	09.18.24.009	
MINI SACCA POST IRRIGAZIONE	09.18.24.015	

ACCESSORI	CODICE ISO	MENSILE*
PASTA PROTETTIVA	09.18.30.003	
POLVERE PROTETTIVA	09.18.30.006	
ANELLO PLASMABILE	09.18.30.003	
FILM PROTETTIVO	09.18.30.006	
RIMUOVI ADESIVO	09.18.30.006	

* Q.tà massime erogabili

(1) Per pazienti ileostomizzati fino a 90 sacche al mese

(2) Tipo di sacca o placca prescrivibile unicamente a pazienti con stoma introflesso o estroflesso.

(3) Per pazienti ileostomizzati fino a 15 placche

I quantitativi massimi concedibili sono da intendersi per ogni stomia e sono aumentabili, a giudizio del Medico Prescrittore dell'Azienda unità sanitaria locale, fino al 50% nel periodo iniziale di assistenza non superiore ai 6 mesi

PRESCRIZIONE VALIDA PER MESI:.....

DATA.....

TIMBRO / FIRMA MEDICO

TIMBRO / FIRMA STOMATERAPISTA

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA

Ambulatorio Stomie

Tel.

Aperto:

ORARIO:

Integrazione – Determ. Reg. 257 del 18/07/2003 (Extra tariffario)

VALIDITA'

Si certifica che il Sig.....

Nato ail.....

Residente in.....Via.....n.....

Affetto da.....

Si richiede pertanto fornitura mensile di:

- Ausilio prescritto.....
Codice..... Quantità.....
- Ausilio prescritto.....
Codice..... Quantità.....
- Ausilio prescritto.....
Codice..... Quantità.....

Motivazione della prescrizione da cui risulti l'indispensabilità e insostituibilità di tale fornitura
aggiuntiva.....
.....

Luogo e data

firma /timbro del medico

firma/timbro infermiere stomaterapista