

	<b>MODULO REGIONALE DI PRESCRIZIONE/AUTORIZZAZIONE PROTESI ACUSTICHE A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (D.P.C.M. 01/2017)</b>	Indice di rev.	002
LOGO ASL	Redatto a cura del GDL Regionale Protesica di cui alla Deliberazione A.Li.Sa. n. 331/2021	Data di Approvazione	05/09/2022

<b>DATI PAZIENTE</b>	
Cognome _____	Nome _____
Luogo di Nascita _____	Data di Nascita ____/____/____ Minore/Inabile <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Residenza: comune _____	prov. (____) via/p.za _____
Domicilio: comune _____	prov. (____) via/p.za _____
C.F. _____	TEL _____ EMAIL _____
<input type="checkbox"/> Invalidità accertata	<input type="checkbox"/> minore
Se minore/inabile, da compilare a cura del genitore o chi ne fa le veci/amministratore di sostegno	
Cognome _____	Nome _____ Data di Nascita ____/____/____
C.F. _____	TEL _____ EMAIL _____
<b>DIAGNOSI (all'interno di questo campo deve essere specificato anche il livello di deficit auditivo come da D.P.C.M. 2017)</b>	
_____	
_____	
_____	
_____	

LOTTO GARA	Ditta	Cod. art.	Descrizione dispositivo medico*	Codice ISO	N. pezzi
Lotto 1			Apparecchio acustico retroauricolare per via aerea (MINORI DI 18 ANNI) <b>Gruppo 1 e Gruppo 2</b>	22.06.15.018	
Lotto 2			Apparecchio acustico via ossea ad occhiale <b>Gruppo 1</b> <b>Gruppo 2</b>	22.06.09.006 22.06.09.012	
Lotto 3			Apparecchio acustico per via ossea con soft band/archetto <b>Gruppo 2</b>	22.06.15.012	
Lotto 4			Apparecchio acustico per via aerea retroauricolare di media potenza <b>Gruppo 1</b>	22.06.15.003	
Lotto 5			Apparecchio acustico per via aerea retroauricolare di elevata potenza <b>Gruppo 2</b>	22.06.15.009	
Eventuali accessori/riparazioni					
Eventuali accessori/riparazioni					
Eventuali accessori/riparazioni					
Eventuali accessori/riparazioni					

\*In allegato al presente modulo si rende disponibile il documento "Catalogo dispositivi aggiudicati con indirizzi/ punti di contatto dei rivenditori"

	<b>MODULO REGIONALE DI PRESCRIZIONE/AUTORIZZAZIONE PROTESI ACUSTICHE A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (D.P.C.M. 01/2017)</b>	Indice di rev.	002
LOGO ASL	Redatto a cura del GDL Regionale Protesica di cui alla Deliberazione A.Li.Sa. n. 331/2021	Data di Approvazione	05/09/2022

**Eventuali RICHIESTE MOTIVATE di SOSTITUZIONE:**

- richiesta motivata di sostituzione di dispositivo medico già in uso con precisa indicazione circa le ragioni di inidoneità dello stesso quale ad es. peggioramento della soglia uditiva ("Modulo Regionale Prescrizione Fuori Gara");
- richiesta motivata di dispositivo medico non appartenente all'elenco dei prodotti aggiudicati nella gara regionale ("Modulo Regionale Prescrizione Fuori Gara").

**N.B. La Gara Regionale è stata strutturata per coprire il più ampio spettro di esigenze cliniche degli assistiti; qualora vi fossero necessità cliniche che richiedano dispositivi non compresi nella Gara Regionale, la richiesta degli stessi dovrà essere giustificata/certificata dal clinico sotto la sua responsabilità. L'eventuale eccedenza del costo del dispositivo fuori gara rispetto a quello aggiudicato sarà a carico dell'assistito.**

**Rimane, altresì, a carico dell'assistito l'onere di tutte le prestazioni professionali correlate alle modifiche richieste o alle caratteristiche peculiari del dispositivo fornito.**

Data \_\_\_\_\_ Timbro e firma del Medico Prescrittore \_\_\_\_\_

Vista la prescrizione e consapevole delle sanzioni civili e penali in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o non più rispondenti a verità, giusto il disposto degli artt. 75 e 76 DPR 445/2000 dichiara, sotto la propria responsabilità, che i dati forniti sono veritieri e completi, impegnandosi a comunicarne tempestivamente ogni variazione.

Dichiara altresì:

- di impegnarsi a sottoporre a collaudo del medico prescrittore il dispositivo ricevuto e a restituire copia della presente (timbrata e firmata per avvenuto collaudo) all'ufficio Protesi dell'ASL entro 20 gg. dal ricevimento del dispositivo stesso;
- di essere a conoscenza che, in caso di mancato collaudo, non potrà essere avanzata alcuna contestazione sulla congruenza del dispositivo
- di impegnarsi ad utilizzare e custodire il dispositivo in modo consono;
- di impegnarsi a verificarne costantemente l'efficienza, segnalando tempestivamente all'ASL eventuali anomalie, difetti e/o malfunzionamenti;
- di essere a conoscenza che la scadenza dei tempi minimi di rinnovo non dà titolo, automaticamente, ad una successiva fornitura del dispositivo;
- di essere a conoscenza che, in caso di smarrimento o di furto o rottura anche accidentale, il dispositivo non sarà obbligatoriamente sostituito a carico del SSN;
- di essere a conoscenza che il dispositivo è dato in uso e non in proprietà, fatti salvi i dispositivi acquistati con una compartecipazione alla spesa da parte dell'utente maggiore del 50%, che diventano di sua proprietà;
- con la presente firma il sottoscritto viene individuato come custode del dispositivo.

**Il richiedente/ genitore/chi ne fa le veci/amministratore di sostegno per accettazione:**

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

<b>AUTORIZZAZIONE (A CARICO DELL'UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA)</b> Autorizzazione N. _____ del _____ Euro _____ +IVA _____ Totale _____	<b>Timbro e Firma Autorizzatore</b> _____
---	--

<b>COLLAUDO</b> Si attesta la <input type="checkbox"/> congruenza / <input type="checkbox"/> non congruenza clinica ai termini dell'autorizzazione e alle caratteristiche qualitative stabilite dal nomenclatore tariffario. <b>In caso di collaudo NEGATIVO deve essere allegata al presente modulo opportuna relazione.</b>	<b>Timbro e Firma Medico Responsabile del collaudo</b> _____
---	---

L'eventuale relazione negativa di collaudo e/o eventuali integrazioni sono da allegare alla presente opportunamente sottoscritte dall'operatore sanitario.

Il medico prescrittore certifica che ha correttamente informato il paziente e consegnato la specifica informativa.

 LOGO ASL	<b>MODULO REGIONALE DI PRESCRIZIONE/AUTORIZZAZIONE PROTESI ACUSTICHE          FUORI GARA</b> <b>A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (D.P.C.M. 01/2017)</b>	Indice di rev.	001
	Redatto a cura del GDL Regionale Protesica di cui alla Deliberazione A.Li.Sa. n. 331/2021	Data di Approvazione	05/08/2022

**(Da compilare a cura del prescrittore solo ECCEZIONALMENTE nei casi in cui non sia prescritto un dispositivo della Gara Regionale)**

<b>DATI PAZIENTE</b>	
Cognome _____	Nome _____
Luogo di Nascita _____	Data di Nascita ____/____/____
C.F. _____	
<b>Diagnosi:</b>	
<input type="checkbox"/> ipoacusia trasmissiva monolaterale	<input type="checkbox"/> ipoacusia trasmissiva bilaterale
<input type="checkbox"/> ipoacusia neurosensoriale monolaterale	<input type="checkbox"/> ipoacusia neurosensoriale bilaterale
<input type="checkbox"/> ipoacusia mista monolaterale	<input type="checkbox"/> ipoacusia mista bilaterale
<b>Entità dell'ipoacusia</b>	
<b>ORECCHIO DESTRO</b>	<input type="checkbox"/> normoacusia <input type="checkbox"/> Lieve <input type="checkbox"/> media <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> profonda <input type="checkbox"/> anacusia
<b>ORECCHIO SINISTRO</b>	<input type="checkbox"/> normoacusia <input type="checkbox"/> Lieve <input type="checkbox"/> media <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> profonda <input type="checkbox"/> anacusia
<b>DISPOSITIVO MEDICO PRESCRITTO NON aggiudicato in gara regionale</b>	
DESCRIZIONE _____	
NOME COMMERCIALE _____	
CODICE ISO _____	
CODICE ARTICOLO DITTA _____	
DITTA FORNITRICE _____	
<b>Il suddetto dispositivo medico viene prescritto in quanto:</b>	
_____	
_____	
_____	
<b>Il dispositivo aggiudicato nella gara regionale è inadeguato per i seguenti motivi:</b>	
_____	
_____	
_____	
_____	
Data _____ timbro e firma del Medico Prescrittore _____	

Il medico prescrittore certifica che ha correttamente informato il paziente e consegnato la specifica "Informativa per l' assistito" corredata dall'allegato "Catalogo Dispositivi Aggiudicati con indirizzi/punti di contatto dei rivenditori".

