

### MODULO PRESCRIZIONE AUSILI

#### **NON RESIDENTI ASL ROMA 1 - a cura del Centro di Riferimento**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

Si prescrivono i seguenti ausili:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Si allega scheda tecnica ausili

Data:

Timbro e firma del medico del Centro di Riferimento

Invio prescrizione a: [ausili.comunicazione@asroma1.it](mailto:ausili.comunicazione@asroma1.it)

#### **RESIDENTI ASL ROMA 1 - a cura del Nucleo Valutazione Ausili aziendale**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

Si prescrivono i seguenti ausili:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Si allega scheda tecnica ausili

Data:

Timbro e firma del medico del Nucleo Valutazione Ausili

**MODULO EROGAZIONE AUSILI PER LA COMUNICAZIONE**

**(RESIDENTI E NON RESIDENTI ASL ROMA 1)**

**PRESCRIZIONE/AUTORIZZAZIONE - a cura dell'Assistenza Protesica della ASL Roma 1**

- Prescrizione per ASL di Residenza (in caso di ausili riconducibili)
- Autorizzazione per l'acquisto, con parere favorevole ASL residenza (verifica aventi diritto ai sensi del DM n. 332/2009)
- Riciclo

Data,

Timbro e firma medico

**COLLAUDO - a cura del medico prescrittore**

- FAVOREVOLE
- SFAVOREVOLE

Note \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data,

Timbro e firma del medico

**FOLLOW UP**

- Rivalutazione clinica/funzionale
- Controllo a distanza

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data,

Timbro e firma del medico del Centro di Riferimento