


REGIONE DEL VENETO
AZIENDA UNITA' LOCALE SOCIO SANITARIA N. 1 – DOLOMITI

Sede Legale: Via Feltre, n. 57, 32100 – Belluno (BL)

PIANO RIABILITATIVO-ASSISTENZIALE INDIVIDUALE

Da consegnare al Distretto di residenza – Ufficio Protesica

DATI ANAGRAFICI DEL MEDICO PRESCRITTORE

Nome e Cognome	
Codice fiscale	
Data di nascita	
Ordine di appartenenza e n. iscrizione	
Azienda ULSS/Ospedaliera	
Presidio Ospedaliero/Distretto SS	
Unità Operativa di afferenza	
Qualifica	
Specializzazione	
Recapito telefonico	
Indirizzo e-mail	

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Nome e Cognome	
Data di nascita	
Comune di nascita	
Codice fiscale (oppure identificativo ¹)	
Codice MPI (se disponibile)	
Indirizzo di residenza (Via, CAP, Comune, Provincia)	
Codice e denominazione Casa di Riposo RSA – (se disponibile)	
Domicilio (Via, CAP, Comune, Provincia) se diverso dalla residenza	
Recapito telefonico	
Azienda ULSS di residenza/Regione	
Medico di Medicina Generale	
Azienda ULSS di competenza/erogazione	
Codice e denominazione Casa di Riposo/RSA	
Cognome e Nome del Caregiver	
Recapito telefonico del Caregiver	

PRESCRIZIONE PROTESI/ORTESI/AUSILI					
- Urgente - Non urgente					
Motivazione dell'urgenza: - Assistito ricoverato nel territorio della ULSS di residenza dell'assistito; - Assistito ricoverato fuori dal territorio dell'Azienda Sanitaria di residenza (art. 18, comma 4); - Altro (specificare): _____					
- PRIMA PRESCRIZIONE - RINNOVO O VARIAZIONE PRESCRIZIONE					
Motivo del rinnovo o della variazione prescrizione:					
Tipologia di prodotto	Quantità	Codice ISO	Elenco	Eventuale riconducibilità (Art. 17, comma 5)	Riutilizzabile/ sanificabile/ Assemblato
Prodotti extra-nomenclatore					
Eventuali adattamenti e personalizzazioni da effettuare					
ALTRE INFORMAZIONI DI PRESCRIZIONE					
Categoria di avente diritto: - verbale di invalidità; - domanda di invalidità; - istanza di aggravamento (in caso di invalidità non correlata); - art. 18, comma 1, lettera g); - certificazione di malattia rara; - disabilità transitoria * * Se il paziente è affetto da disabilità transitoria, la prescrizione può riguardare esclusivamente gli ausili inclusi nell'Elenco 2B del Nomenclatore					
Collaudo* previsto? - SI - No in data _____					
* Collaudo obbligatorio per gli ausili dell'Elenco 1 e 2A					

Nome e Cognome (leggibili) del Medico specialista prescrittore – Referente PRAI

Data di compilazione

Timbro e firma del medico specialista prescrittore

COLLAUDO

Data collaudo:

Modalità collaudo:

Esito: - Idoneo e funzionale - Non idoneo

Motivazione della eventuale NON IDONEITA':

Eventuali note:

Motivazione della richiesta di collaudo:

- il collaudo è previsto da normativa per la tipologia di ausilio/protesi/ortesi prescritta;
- il collaudo è stato richiesto dal paziente per mancata corrispondenza alla prescrizione, malfunzionamento o inidoneità tecnico-funzionale del dispositivo.

Nome e Cognome (leggibili) del Medico
specialista che ha effettuato il collaudo

Data di compilazione

Timbro e firma

FOLLOW-UP DEL PROGRAMMA*

Data follow-up:

Modalità del follow-up: - ambulatoriale - via telematica - altro

Valutazioni:

ALTRE INFORMAZIONI/NOTE

Nome e Cognome (leggibili) del Medico
specialista che ha effettuato la visita di
follow-up

Data di compilazione

Timbro e firma

* Da compilare ad ogni visita di follow-up