

PRESCRIZIONE MATERIALE PER TRACHEOSTOMIA

Nome:	Data di nascita:
Cognome:	Telefono:
Indirizzo:	Assicurazione malattia: Nr assicurato:

Cannula Madre:	Modello: ☐ Rüsch ☐ Shiley ☐ Atos - Primed	☐ misura:
	☐ fonatoria ☐ non fonatoria	☐ cuffiata ☐ non cuffiata
Controcannule:	☐ fonatorie ☐ non fonatorie	☐ lunghe ☐ corte
Sondini d'aspirazione	misura: 12CH	
Altro:	☐ Tappo di Chiusura ☐ Valvola Fonatoria ☐ Nasino artificiale ☐ Manometro ☐ Materiale medicazione ☐ Altro:	

Valida quale ricetta medica

Data	Timbro e firma medico
------	-----------------------

Il seguente documento è da inviare a Farmadomo Home Care Provider SA per mail a info@farmadomo.ch oppure per fax 091 857 62 61

La prescrizione è disponibile sul nostro sito www.farmadomo.ch nella sezione Documentazione