

PRESCRIZIONE MATERIALE PER TRACHEOSTOMIA

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

Cannula Madre:	Modello: <input type="checkbox"/> Rüschi <input type="checkbox"/> Shiley <input type="checkbox"/> Atos - Primed	<input type="checkbox"/> misura:
	<input type="checkbox"/> fonatoria <input type="checkbox"/> non fonatoria	<input type="checkbox"/> cuffiata <input type="checkbox"/> non cuffiata
Controcannule:	<input type="checkbox"/> fonatorie <input type="checkbox"/> non fonatorie	<input type="checkbox"/> lunghe <input type="checkbox"/> corte
Aspiratore:	<input type="checkbox"/>	
Sondini d'aspirazione	misura:	
Altro:	<input type="checkbox"/> Tappo di Chiusura <input type="checkbox"/> Valvola Fonatoria <input type="checkbox"/> Nasino artificiale <input type="checkbox"/> Manometro <input type="checkbox"/> Materiale medicazione <input type="checkbox"/> 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