

Formulario di prescrizione per Aerosolterapia

FORMULARIO C

prima prescrizione

rinnovo

1. INFORMAZIONI GENERALI (da compilare in ogni sua parte)

Nome e cognome

Sesso

F

M

Data di nascita (gg/mm/aa)

Indirizzo

NPA / Località

Cantone

Professione

Telefono

Mail

N° AVS

Assicuratore

Numero d'Assicurato

2. DIAGNOSI PRINCIPALE (selezionare la casella corrispondente)

Malattie polmonari ostruttive

(bronchite cronica, enfisema, asma)

Malattie vascolari

(ipertensione polmonare)

Malattie polmonari restrittive

(fibrosi polmonare, pneumoconiosi, silicosi, post Tbc)

Disturbi respiratori del sonno

(OSA, CSA, malattie miste)

Malattie cardiache

(cuore polmonare, malformazione cardiaca, insufficienza cardiaca)

Malattie neuromuscolari

Altre malattie

3. PRESCRIZIONE PER APPARECCHIO PER AEROSOL

Durata della terapia > 90 giorni

Durata della terapia < 90 giorni

FARMACO	DOSE	SOMMINISTRAZIONE GIORNALIERA

Medico prescrittore (Nome e Cognome)

Data della prescrizione (gg/mm/aa)

Medico curante (Nome e Cognome)

Note

Timbro/Firma
(compreso n° RCC)

La prescrizione può essere compilata direttamente da file PDF o manualmente e dovrà essere inviata all'indirizzo e-mail prescrizioni@artsource.ch. In caso di mancata consegna all'indirizzo citato può contattarci all'indirizzo e-mail info@artsource.ch.