

Logo Regione – Azienda sanitaria**SCHEMA PER LA PRESCRIZIONE DEL DISPOSITIVO**

Ausili e protesi degli arti inferiori e superiori, a tecnologia avanzata e con caratteristiche funzionali allo svolgimento di attività sportive amatoriali, destinati a persone con disabilità fisica - art. 104, comma 3-bis del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77.

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

NOME _____ COGNOME _____

NATO A _____ IL _____

C.F. _____ residente a _____

in _____ e-mail _____

tel. _____ ASL DI APPARTENENZA _____

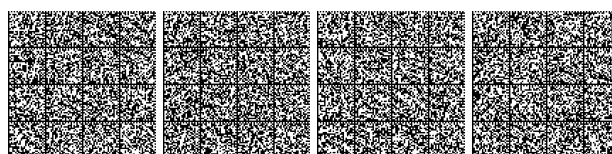
Patologia/lesione che ha determinato la menomazione e disabilità:

Diagnosi funzionale (specifiche menomazioni/disabilità):

☐ Idoneità allo svolgimento di attività ludico motorie sportive (rilasciata dal medico specialista in medicina dello sport)

Prescrizione

- ☐ **06.24.21.266** Piede a restituzione di energia - *si allega prescrizione di protesi per il corretto assemblaggio*
- ☐ **06.24.21.380** Ginocchio polifunzionale monocentrico a frizione con controllo idraulico della flessione-estensione - *si allega prescrizione di protesi per il corretto assemblaggio*
- ☐ **06.18.21.195** Mano mioelettrica tri-digitale a controllo proporzionale (senza guanto cosmetico) - *si allega prescrizione di protesi per il corretto assemblaggio*
- ☐ **12.22.03. XXX** Carrozzina da danza sportiva
- ☐ **30.09.27. XXX** Carrozzina da tennis
- ☐ **12.22.03. XXX** Carrozzina sportiva per tiro a segno
- ☐ **12.22.03. XXX** Carrozzina da scherma
- ☐ **30.09.36. XXX** Monosci
- ☐ **30.09.36. XXX** Slittino
- ☐ **12.18.09. XXX** Handbike
- ☐ **12.18.09. XXX** Carrozzina per atletica leggera



- ☐ La visita per il collaudo sarà programmata a seguito della acquisizione del dispositivo.
- ☐ Nel corso della visita per il collaudo verrà programmata la prima visita di follow up, a 3 mesi.

DATA

FIRMA e timbro del medico

COLLAUDO:

In data _____ ho verificato la congruità del dispositivo prescritto relativamente alla sperimentazione del DM xxxXXX

Pertanto, si programma la prima visita di follow up per il giorno _____

DATA

FIRMA e timbro del medico

