



PROGETTO DELLA REGIONE LAZIO
“FACILITAZIONE DELLA COMUNICAZIONE NEI PAZIENTI CON GRAVI
PATOLOGIE NEUROMOTORIE”
 Azienda “Complesso Ospedaliero S. Filippo Neri”
www.sanfilipponei.roma.it – segreteria.dsp@sanfilipponei.roma.it
 Società Cooperativa Sociale “Centro per l’Autonomia”
www.centroperlautonomia.it – comunicazione@centroperlautonomia.it

Modulo 5: Prescrizione ausili

All’Azienda “Complesso Ospedaliero San Filippo Neri” - CA Dr. Manuel Festuccia
P.za Santa Maria della Pietà, 5 - 00135 – ROMA
Fax 0633062813 – m.festuccia@sanfilipponei.roma.it

Pc. Al Centro per l’Autonomia
 Fax **0651883253** – comunicazione@centroperlautonomia.it

Si trasmette prescrizione medica, per il/la sig.ra

Nome ⁽¹³⁾ _____		Cognome ⁽¹⁴⁾ _____	
nato/a a ⁽¹⁵⁾ _____		il ⁽¹⁶⁾ _____	
residente nel Comune di ⁽¹⁷⁾ _____			
in Via ⁽¹⁸⁾ _____		N° _____	CAP ⁽¹⁹⁾ _____
recapiti telefonici ⁽²⁰⁾ _____		⁽²¹⁾ _____	
e-mail ⁽²²⁾ _____		Codice fiscale ⁽²³⁾ _____	
eventuale familiare di riferimento _____			
<i>(nome ⁽²⁴⁾ e cognome ⁽²⁵⁾)</i>			
recapiti telefonici del familiare ⁽²⁶⁾ _____		⁽²⁷⁾ _____	
email ⁽²⁸⁾ _____			
Diagnosi della patologia ⁽²⁹⁾ _____			

Vista la relazione di valutazione effettuata dal Centro per l’Autonomia, con la presente si prescrivono i seguenti ausili:

n	Marca ⁽⁴⁰⁾	Modello ⁽⁴¹⁾	n	Marca ⁽⁴⁰⁾	Modello ⁽⁴¹⁾
1			6		
2			7		
3			8		
4			9		
5			10		

E’ stata rilasciata dal paziente e dai familiari autorizzazione al trattamento dei dati ai sensi L.196/2003

Si allegano la relazione di valutazione del Centro per l’Autonomia, la scheda tecnica degli ausili e la richiesta iniziale del medico inviante che ha attivato il percorso

Data ⁽⁴⁶⁾ ____/____/____

Timbro e firma del Medico del Centro di Riferimento