



## RICHIESTA ADDENSANTE PER PAZIENTI AFFETTI DA DISFAGIA SEVERA

(Inviare al PreSST di residenza)

Il/La Sig./ra \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Comune di residenza \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

Necessita di:

- **POLVERE ADDENSANTE PER PRODOTTI LIQUIDI E SEMILIQUIDI a BASE DI AMIDO**

Numero confezioni \_\_\_\_\_ /mese

- **POLVERE ADDENSANTE PER PRODOTTI LIQUIDI E SEMILIQUIDI a BASE DI GOMMA DI XANTHAN**

Numero confezioni \_\_\_\_\_ /mese Motivazione \_\_\_\_\_

- **BEVANDA GELIFICATA PRONTA ALL'USO:**

Numero vasetti da 125 gr \_\_\_\_\_ /die Motivazione \_\_\_\_\_

Durata prevista del trattamento \_\_\_\_\_ (durata massima 1 anno)

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ Timbro e firma Medico Specialista Autorizzato

-----  
**PARTE RISERVATA AL MEDICO PRESCRITTORE - DA SCRIVERE STAMPATELLO:**

Dr. .... ASST/Presidio di .....

Unità Organizzativa ..... Tel. ....

**PARTE RISERVATA ALLA ASST Polo Territoriale**

Ai sensi della DGR N° V/577 del 06/08/92 , della DGR n° X/4702 del 29/12/2015 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2016"

**SI AUTORIZZA LA PRESCRIZIONE**

**PAZIENTE INVALIDO 100%**

DATA \_\_\_\_\_

IL MEDICO ASST \_\_\_\_\_

Inviare il modulo a UOS Servizio Farmaceutica Territoriale - UOC Farmacia - ASST Papa Giovanni XXIII Via Borgo Palazzo 130, Bergamo (fax 0352676383, mail [sft.frontoffice@asst-pg23.it](mailto:sft.frontoffice@asst-pg23.it))