

AZIENDA USL 2- LUCCA
Prescrizione PRODOTTI MEDICAZIONE (Del. GRT 503/96)

Si certifica che il Sig. _____

nato il _____ a _____

codice fiscale _____ residente a _____

tel _____ affetto da forma morbosa di particolare rilevanza e per i quali ricorra la continuità del bisogno per un periodo superiore a tre mesi (piaghe da decubito, eczemi secernenti, ulcere varicose, ustioni gravi, piaghe peristomali, fistole aperte secernenti)

<i>Prodotto</i>	<i>Quantità mensile</i>
Bende di garza orlate F.U. m. 5x0.05	
Bende di garza orlate F.U. m. 5x0.07	
Bende di garza orlate F.U. m. 5x0.10	
cerotti anallergici in TNT h cm 2.5	
cerotti anallergici in TNT h cm 5	
cerotti in tela adesivi h cm 2.5	
cerotti in tela adesivi h cm 5	
compresse di garza F.U. cm 10x10x25 pz	
compresse di garza F.U. cm 10x10x100 pz	
compresse di garza F.U. cm 18x40x12 pz	
compresse di garza F.U. cm 36x40x12 pz	
Cotone idrofilo F.U. g 250	
Cotone idrofilo F.U. g 500	
garza idrofila non sterile m. 0.5x0.70	
garza idrofila non sterile m. 1x0.70	
Perossido d'idrogeno 3% g 200	

Importo massimo mensile €10,85 netto IVA

Data _____

Firma e timbro del medico

*Timbro della farmacia
data spedizione*

Per prima autorizzazione presentare questo modulo alla UO Farmaceutica ASL 2.

Modulo MED1