

PRESCRIZIONE MATERIALE PER TRACHEOSTOMIA

Nome:

Data di Nascita:

Cognome

Telefono:

Indirizzo:

Cassa Malati:

Nr assicurato:

Infermieri a domicilio / Spitex:

Cannula Madre:	Modello: <input type="checkbox"/> Rüschi <input type="checkbox"/> Shiley <input type="checkbox"/> Provox	<input type="checkbox"/> misura:
	<input type="checkbox"/> fonatoria <input type="checkbox"/> non fonatoria	<input type="checkbox"/> cuffiata <input type="checkbox"/> non cuffiata
Controcannule:	<input type="checkbox"/> fonatorie <input type="checkbox"/> non fonatorie	<input type="checkbox"/> lunghe <input type="checkbox"/> corte
Aspiratore:	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Sondini d'aspirazione	misura:	
Altro:	<input type="checkbox"/> Tappo di Chiusura <input type="checkbox"/> Valvola Fonatoria <input type="checkbox"/> Nasino artificiale <input type="checkbox"/> Manometro	

Vale come ricetta medica

Data	Timbro e firma medico
------	-----------------------