

# Ventilazione a domicilio invasiva e non invasiva

Riservato allo pneumologo curante:

Prima prescrizione

Rinnovo

Paziente (questa sezione va compilata in ogni sua parte)

Lingua

DE

FR

IT

Cognome/Nome

Data di nascita

Via/N.

Assicurazione per l'invalidità

Sì

No

NPA/Località

Numero ID

Telefono

Cellulare

N. d'assicurato

Assicuratore malattia

Domanda

Primo apparecchio/prima prescrizione

Ulteriore apparecchio

Cambio dell'apparecchio:

Età > 5 anni

Difetto

Diagnosi

Codice diagnosi principale:

Codice diagnosi supplementare:

**10 Neuropatie**

11 Tetraplegia

12 Sclerosi laterale amiotrofica

13 Paralisi diaframmatica bilaterale

14 Sindrome post-polio

15 Amiotrofie spinali

**20 Miopatie**

21 Morbo di Duchenne

22 Distrofia miotonica

23 Miopatie congenite, metaboliche, infiammatorie

**30 Malattie delle ossa, della pleura e dei polmoni**

31 Cifoscoliosi

32 Ispessimenti pleurici cicatriziali

33 Stato post resezioni polmonari estese

34 Deformazioni post-traumatiche

**40 Ipoventilazione alveolare primaria**

41 congenita

42 late onset

**50 Sindrome obesità-ipoventilazione**

**60 Ipoventilazione in caso di malattie polmonari ostruttive**

61 COPD avanzata stabile

62 Bronchiectasie

63 Fibrosi cistica

**70 Sindrome da apnea centrale durante il sonno**

71 Sindrome da apnea complessa durante il sonno

72 Respirazione Cheyne-Stokes

**99 Non definito/altro**

Dati sulla ventilaz. a domicilio

Non invasiva

Invasiva

Durata della respirazione

Di notte, numero di ore prescritte:

Ininterrottamente 24 ore

Di notte e parzialmente di giorno, numero di ore:

Inizio del trattamento

Apparecchio: marca, modello

N. di serie

Posizione EMap

Inizio terapia (dimiss. dall'ospedale)

Umidificatore/accessori

Integrato

Separato

Maschera

Modello e numero di serie

Dimensioni

Fornitore

Varie

Batteria esterna

Adattatore O<sub>2</sub>

Fissaggio

Mentoniera

Valigetta di trasporto

Tubi climatizzati

Supporto

Cuffia

Cavo per allarme a distanza

Informazioni aggiuntive per l'indicazione e l'assistenza (opzionale)

Sì (vedi pagina 2)

Prescrizione per consulenza/cure ambulatoriali o a domicilio

Sì

No

Prescrizione/firma del medico (modulo compilato dal medico)

Medico competente

Medico prescrivente

Data della prescrizione

Medico di famiglia

Pneumologo per controlli

Timbro/firma compreso n. RCC