

Periodo di prescrizione dal _____ al _____

La prescrizione medica è valida 9 mesi e si rinnova automaticamente per massimo 3 mesi.

A) Informazioni generali (compilare tutti i campi)

Nome/Cognome _____	Sesso _____
Indirizzo _____	Data di nascita _____
NPA/Località _____	E-Mail _____
Telefono/Natel _____	No di sicurezza sociale _____
Professione _____	Malattia/Acc./Al _____
Assicuratore _____	Numero d'assicurato _____

Motivo della cura: _____ Malattia Metarnità Infortunio/Prevenzion
Diagnosi: consultabile sulla prescrizione EMap

B) Prescrizione delle cure

(modulo compilato dal personale specializzato)

Prestazioni secondo OPre 7 Art. 2/Cifra tariffario	Minuti/Anno
let. a, cif. 1: Definizione dei bisogni di cura	_____
let. a, cif. 2: Consulenza al paziente	_____
let. a, cif. 3: Coordinamento delle prestazioni (osservare eventuali condizioni particolari in conformità all'art. 7 OPre, capoverso 2bis)	_____
let. b, cif. 1: Misurazione dei parametri vitali	_____
let. b, cif. 4: Disposizioni per la terapia respiratoria	_____
let. b, cif. 9: Disposizioni per il monitoraggio degli apparecchi	_____
let. b, cif. 10: Lavaggio, pulizia e medicazione di piaghe	_____

C) Motivazione di un maggiore bisogno di cure

D) Firma del personale infermieristico specializzato

Persona addetta _____

Data/Timbro/Firma (compreso N° RCC)

E) Prescrizione/Firma del medico curante (modulo compilato dal medico)

Medico prescrittore _____

Timbro/Firma compreso N° RCC

Data della prescrizione _____

Data della dimissioni _____

Eventuale medico di famiglia _____

Ordine speciale _____

Inviare la prescrizione a _____