

Avviso pubblico per il riconoscimento di contributi economici per l'acquisto di ausili e protesi a tecnologia avanzata per lo svolgimento di attività sportive amatoriali destinate a persone con disabilità fisica

Schema Prescrizione del Dispositivo

Ausili e protesi degli arti inferiori e superiori, a tecnologia avanzata e con caratteristiche funzionali allo svolgimento di attività sportive amatoriali, destinati a persone con disabilità fisica - art. 104, comma 3-bis del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77.

Dati Anagrafici del Paziente

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il _____

C.F. _____ residente a _____

in _____ e-mail _____

tel. _____ AULSS di residenza _____

Patologia/lesione che ha determinato la menomazione e disabilità:

Diagnosi funzionale (specifiche menomazioni/disabilità):

- Idoneità allo svolgimento di attività ludico motorie sportive (rilasciata dal medico specialista in medicina dello sport)

Prescrizione

- 06.24.21.266** Piede a restituzione di energia - *si allega prescrizione di protesi per il corretto assemblaggio*
- 06.24.21.380** Ginocchio polifunzionale monocentrico a frizione con controllo idraulico della flessione-estensione - *si allega prescrizione di protesi per il corretto assemblaggio*
- 06.18.21.195** Mano mioelettrica tri-digitale a controllo proporzionale (senza guanto cosmetico) - *si allega prescrizione di protesi per il corretto assemblaggio*
- 12.22.03-L77A** Carrozzina da danza sportiva
- 30.09.27-L77** Carrozzina da tennis
- 12.22.03-L77B** Carrozzina sportiva per tiro a segno

- 12.22.03-L77C Carrozzina da schermo
- 30.09.36-L77A Monosci
- 30.09.36-L77 Slittino
- 12.18.09-L77 Handbike
- 12.18.09-L77A Carrozzina per atletica leggera

- La visita per il collaudo sarà programmata a seguito dell'acquisizione del dispositivo.
- Nel corso della visita per il collaudo verrà programmata la prima visita di follow-up.

DATA

FIRMA e timbro del medico

COLLAUDO:

In data _____ ho verificato la congruità del dispositivo prescritto relativamente alla sperimentazione del DM 22/08/2022.

Pertanto, si programma la prima visita di follow-up per il giorno _____

DATA

FIRMA e timbro del medico

Riferimenti del medico compilatore

nome..... cognome.....

recapito mail.....@..... telefono.....

Data

FIRMA e timbro del medico

Far pervenire copia del presente referto a:

Direzione Amministrativa Territoriale

Azienda ULSS 5 Polesana

– viale Tre Martiri 89 – 45100 Rovigo

pec protocollo.aulss5@pecveneto.it