

Modi e tempi di impiego del presidio (indicare ore nella giornata o giorni nella settimana o altro e l'eventuale necessità di aiuto o supervisione nell'impiego, durata del fabbisogno per i presidi monouso):

Eventuali controindicazioni e limiti d'impiego: _____

Presidio soggetto a collaudo **SI** **NO**

Previsione rinnovo prescrizione: _____

La presente prescrizione è "Urgente prima di dimissione" **SI** **NO**

Se SI indicare la data presunta delle dimissioni: _____

Timbro e Firma del medico prescrittore

Data

(Si precisa che, ogni campo dovrà essere accuratamente compilato secondo quanto richiesto, al fine di permettere la disamina della richiesta in tempi congrui)