

CERTIFICATO MEDICO SPECIALISTICO PER PRESTAZIONI RESE AI SOGGETTI AFFETTI DA MIOPATIA METABOLICA

(Assistenza sanitaria aggiuntiva – Prestazione n. 8)

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa _____, in qualità di medico:

pubblico convenzionato

con il Servizio sanitario nazionale, specialista in _____, dichiaro di avere in cura

il/la Signor/a _____,

nato/a a _____ il _____ è affetto/a da miopatia metabolica:

Dichiaro che il/la paziente da me seguito/a ha necessità di:

acquistare speciali presidi termici per mantenere costante la temperatura corporea

sottoporsi ai seguenti accertamenti strumentali e/o di laboratorio

(precisare quali accertamenti e la struttura sanitaria extraprovinciale)

assumere i seguenti prodotti dietetici

PANE E SIMILARI, RISO, PASTA E FARINA

(indicare la quantità mensile nel limite massimo di 20 Kg/mese))

SOLUZIONI POLIMERICHE IN POLVERE

- Confezioni in busta (prodotti tipo Nutri 2000, Peptinaut, ecc)

(indicare la quantità mensile nel limite massimo di 120 buste/mese)

- Soluzioni polimeriche liquide (prodotti tipo Nutrison, Glucerna, ecc)

(indicare la quantità mensile nel limite massimo di 150 bottiglie mese per le confezioni da 500 cc e di 75 bottiglie mese per le confezioni da 1000 cc)

SOLUZIONI POLIMERICHE LIQUIDE IN LATTINA (prodotti tipo Pulmocrate, Peptamen, ecc)

(indicare la quantità mensile nel limite massimo di 150 lattine/mese)

SOLUZIONI POLIMERICHE LIQUIDE IPERPROTEICHE O IPOENERGETICHE (prodotti tipo Nutrodip Energy, Nutrodip Protein, ecc)

(indicare la quantità mensile nel limite massimo di 90 bottiglie/mese per le confezioni da 500 cc e di 45 bottiglie mese per le confezioni da 1000 cc)

SOLUZIONI POLIMERICHE LIQUIDE PER INTEGRAZIONE ORALE (prodotti tipo Fortimel, Meritane-drink, ecc.)

(indicare la (quantità mensile nel limite massimo di 60 lattine, bottiglie, tetrabrick/mese)

SOLUZIONI MONOMERICHE LIQUIDE (prodotti tipo Polycose liquido, ecc.)

(indicare la (quantità mensile nel limite massimo di 10 bottiglie/mese)

Dichiaro, inoltre, sotto la mia personale responsabilità, che quanto da me prescritto risulta appropriato alla cura della patologia da cui è affetto/a il/la paziente da me seguito/a ed in linea con gli standards di buona pratica clinica.
In fede.

Data _____ Timbro e Firma per esteso (leggibile) _____