

Allegato 1 - MOD.3

**SCHEMA PER LA 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. _____ ASL DI APPARTENENZA _____

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. XXX Carrozzina da danza sportiva**
- ☐ **30.09.27. XXX Carrozzina da tennis**
- ☐ **12.22.03. XXX Carrozzina sportiva per tiro a segno**
- ☐ **12.22.03. XXX Carrozzina da scherma**
- ☐ **30.09.36. XXX Monosci**
- ☐ **30.09.36. XXX Slittino**
- ☐ **12.18.09. XXX Handbike**
- ☐ **12.18.09. XXX Carrozzina per atletica leggera**



LOGO ASL

- ☐ La visita per il collaudo sarà programmata a seguito della acquisizione del dispositivo.
- ☐ Nel corso della visita per il collaudo verrà programmata la prima visita di follow up, a 3 mesi.

DATA

FIRMA e timbro del medico

COLLAUDO:

In data_____ ho verificato la congruità del dispositivo prescritto relativamente
all'asperimentazione del D.M. 22 agosto 2022.

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

DATA

FIRMA e timbro del medico