



DISTRETTO SANITARIO DI CAMPOBASSO/ISERNIA/TERMOLI

MODULO B/3 da compilare a carico della Struttura extraospedaliera RSA "R1" ed "R2" per ogni singolo assistito degente e da inviare al Distretto di Residenza, per RICHIESTA di OTLT

DATI RELATIVI al PAZIENTE

COGNOME _____

NOME _____

DATA DI NASCITA _____

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INDIRIZZO (residenza) _____

DISTRETTO DI RESIDENZA _____

DATA di INGRESSO in Struttura. _____

DATA di DIMISSIONE _____

OSSIGENO LIQUIDO

Flusso di Ossigeno a Riposo _____

Flusso di Ossigeno durante il cammino _____

Ore complessive di Terapia _____

Consumo Mensile _____

Durata del trattamento _____

Prima Prescrizione Prosecuzione della cura

- L'OTLT viene fornita per tutta la durata di degenza dell'assistito presso la Struttura
- Gli Accessori per la ventilazione verranno erogati ogni 30 giorni.

Il Direttore Distretto Sanitario