

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

Area Dipartimentale Risorse Strutturali e Tecnologiche
U.O. Home Care e Tecnologie Domiciliari
Direttore: Ing. Maurizio Patone

MOD D
Azienda USL della Romagna
Regione Emilia Romagna
U.O. Home Care e Tecnologie Domiciliari

Oggetto: Certificazione ai sensi dell'art. 4/2 Decreto Interministeriale 28/12/2007
"Determinazione dei criteri per la definizione delle compensazioni della spesa
sostenuta per la fornitura di energia elettrica per i clienti economicamente
svantaggiati e per i clienti in gravi condizioni di salute" e del Decreto
Ministeriale 13/01/2011.

Si certifica che il/la sig. _____

Codice Fiscale _____

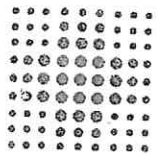
Domicilio situato nel Comune di _____ (prov. _____) Via _____

è persona in gravi condizioni di salute tali da richiedere l'utilizzo presso il proprio domicilio di apparecchiature medico-terapeutiche necessarie per la sua esistenza in vita ed alimentate ad energia elettrica indicate nell'elenco sottostante.

Ai fini di cui all'oggetto viene barrato per ciascuna apparecchiatura il numero di ore medie/giorno di utilizzo.

Funzione Cardio Respiratoria	Fino a 8 h./giorno	Tra 8 e 16 h./giorno	Oltre 16 h./giorno
apparecchiature per pressione positiva continua			
ventilatori polmonari			
polmoni d'acciaio			
tende per ossigeno terapia			
concentratori di ossigeno fissi			
concentratori di ossigeno portatili			
aspiratori			
monitor multiparametrici			
pulsossimetri			

Firma del medico referente o del funzionario ufficio protesica _____



Funzione Renale	Fino a 8 h./giorno	Tra 8 e 16 h./giorno	Oltre 16 h./giorno
apparecchiature per la dialisi peritoneale			
apparecchiature per emodialisi			

Firma del medico referente o del funzionario ufficio protesica _____

Funzione Alimentare	Fino a 8 h./giorno	Tra 8 e 16 h./giorno	Oltre 16 h./giorno
Nutripompe			
Pompe d'infusione			
Pompe a siringa (a batterie non ricaricabili)			

Firma del medico referente o del funzionario ufficio protesica _____

AUSILI	Data di rilascio
Carrozze Elettriche	
Sollevatori Mobili	
Sollevatori mobili a sedili elettrici Sollevatori mobili a barella elettrici	
Sollevatori fissi a soffitto	
Sollevatori per vasca da bagno	
Materassi antidecubito	

Firma del medico referente o del funzionario ufficio protesica _____

Si certifica che l'uso di tali apparecchiature (medico-terapeutiche necessarie per la sua esistenza in vita ed alimentate ad energia elettrica) ha avuto inizio in data _____

Lì,

Il Direttore