



ALLEGATO 2



## 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 mio elettrica 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

- 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 alla sperimentazione del DM xxxXXX

Pertanto, si programma la prima visita di follow-up per il giorno \_\_\_\_\_

DATA

FIRMA e timbro del medico