



**PROGETTO DELLA REGIONE LAZIO**  
**“FACILITAZIONE DELLA COMUNICAZIONE NEI PAZIENTI CON GRAVI**  
**PATOLOGIE NEUROMOTORIE”**  
 Azienda “Complesso Ospedaliero S. Filippo Neri”  
[www.sanfilippone.roma.it](http://www.sanfilippone.roma.it) – segreteria.dsp@sanfilippone.roma.it  
 Società Cooperativa Sociale “Centro per l’Autonomia”  
[www.centroperlautonomia.it](http://www.centroperlautonomia.it) – comunicazione@centroperlautonomia.it

**Modulo 5: Prescrizione ausili**

**All’Azienda “Complesso Ospedaliero San Filippo Neri” - CA Dr. Manuel Festuccia**  
**P.za Santa Maria della Pietà, 5 - 00135 – ROMA**  
**Fax 0633062813 – [m.festuccia@sanfilippone.roma.it](mailto:m.festuccia@sanfilippone.roma.it)**

Pc. Al Centro per l’Autonomia  
 Fax **0651883253** – [comunicazione@centroperlautonomia.it](mailto:comunicazione@centroperlautonomia.it)

Si trasmette prescrizione medica, per il/la sig.ra

Nome <sup>(13)</sup> _____		Cognome <sup>(14)</sup> _____	
nato/a a <sup>(15)</sup> _____		il <sup>(16)</sup> _____	
residente nel Comune di <sup>(17)</sup> _____			
in Via <sup>(18)</sup> _____		N° _____	CAP <sup>(19)</sup> _____
recapiti telefonici <sup>(20)</sup> _____		<sup>(21)</sup> _____	
e-mail <sup>(22)</sup> _____		Codice fiscale <sup>(23)</sup> _____	
eventuale familiare di riferimento _____			
<i>(nome <sup>(24)</sup> e cognome <sup>(25)</sup>)</i>			
recapiti telefonici del familiare <sup>(26)</sup> _____		<sup>(27)</sup> _____	
email <sup>(28)</sup> _____			
Diagnosi della patologia <sup>(29)</sup> _____			

Vista la relazione di valutazione effettuata dal Centro per l’Autonomia, con la presente si prescrivono i seguenti ausili:

n	Marca <sup>(40)</sup>	Modello <sup>(41)</sup>	n	Marca <sup>(40)</sup>	Modello <sup>(41)</sup>
1			6		
2			7		
3			8		
4			9		
5			10		

**E’ stata rilasciata dal paziente e dai familiari autorizzazione al trattamento dei dati ai sensi L.196/2003**

*Si allegano la relazione di valutazione del Centro per l’Autonomia, la scheda tecnica degli ausili e la richiesta iniziale del medico inviante che ha attivato il percorso*

Data <sup>(46)</sup> \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Timbro e firma del Medico del Centro di Riferimento*