

**SCHEDA PER LA FORNITURA**  
 DI PRESIDI A SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI OSPITI DELLE STRUTTURE  
 RESIDENZIALI EXTRAOSPEDALIERE

**CSA- VALGRANDE**  
 VIA VALGRANDE 43/A – SANT'URBANO (PD)  
 TEL. 0429/693112 FAX 0429/693078

Cognome  Nome  nato il   
 T.S.  C.F.

Affetto da (diagnosi)   
 Titolare di invalidità Civile  
 Domanda di invalidità in corso effettuata in data

Si propone la seguente dotazione di presidi:

12.21.03.006 12.24.21.103	<input type="checkbox"/>	CARROZZINA A TELAIO RIGIDO	<input type="text"/>
12.06.09.006 12.06.09.109 12.06.09.130	<input type="checkbox"/>	DEAMBULATORE SCORREVOLE SU 4 RUOTE	
03.33.06.021M	<input type="checkbox"/>	MATERASSO AD ARIA AD ELEMENTI INTERSCAMBIABILI	
03.33.06.021C	<input type="checkbox"/>	COMPRESSORE PER MATERASSO AD ARIA	
12.06.09.009 12.06.09.106 12.06.09.130 12.06.09.133 12.06.09.142	<input type="checkbox"/>	DEAMBULATORE ROLLATORS	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

**PROGRAMMA TERAPEUTICO**

Tempi previsti di impiego presidio

Significato terapeutico e riabilitativo   
 NEL CASO DI RICHIESTA SUCCESSIVA ALLA PRIMA:

Il precedente presidio e ancora idoneo  SI  NO

CODICE

In caso di rinnovo indicare i motivi:

Data

IL MEDICO CURANTE