



---

---

Modi e tempi di impiego del presidio (indicare ore nella giornata o giorni nella settimana o altro e l'eventuale necessità di aiuto o supervisione nell'impiego, durata del fabbisogno per i presidi monouso):

---

---

---

---

---

---

---

Eventuali controindicazioni e limiti d'impiego:

---

---

Presidio soggetto a collaudo SI

---

---

Previsione rinnovo prescrizione :

---

---

La presente prescrizione è "Urgente prima di dimissione"

Se SI indicare la data presunta delle dimissioni :

---

Data

Timbro e Firma del medico prescrittore