



# AZIENDA USL ROMA H

Borgo Garibaldi,12 00041 Albano Laziale (Roma)  
Tel. 06 93.27.1 – Fax 06 93.27.38.66



## (MODULO DA INVIARE PER RACCOMANDATA AL 118)

UO Assistenza Domiciliare Distretto n. ....

Indirizzo .....

.....

Spett.le Centrale operativa \_\_\_\_\_ del 118

p.c.

UO Centrale AD Senescenza, Disabilità

**OGGETTO: segnalazione di paziente in ventilazione meccanica domiciliare e/o che richiede assistenza alla tosse**

La scrivente UO SEGNALA CHE:

Cognome e Nome Paziente.....

Data di nascita .....

Residente in.....

Affetto da.....

.....

è adattato alla **ventilazione meccanica domiciliare** in:

VENTILAZIONE NON INVASIVA tramite (interfaccia).....

VENTILAZIONE PER VIA TRACHEOSTOMICA in modalità .....

E' dipendente dal ventilatore per ore ...../die.

necessita di **02 terapia suppletiva**

necessita di **assistenza alla tosse** con: air stacking ; compressione addominale ;  
Insufflatore-Essufflatore Meccanico.

Data.....

Ringraziando anticipatamente per la collaborazione, porgiamo cordiali saluti

Firma del Medico della UO