



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

Dipartimento interaziendale Farmaceutico

Via Pindemonte 88

90129 – PALERMO

Telefono 091 7034935 -4944

Fax 091.7033019

EMAIL dipfarmaco@asppalermo.org

A: Direttori dei Distretti Sanitari 33-42
Direttori PTA Biondo – Albanese – Casa del Sole – Guadagna
Direttore Cure Primarie
Resp.li UOS Ass. Sanitaria di base PTA e Distretti 33-42
Direttori PP. OO. Aziendali

Direttore Sanitario Osp. Buccheri La Ferla Fatebenefratelli
Direttore Sanitario ARNAS Ospedali Civico – Di Cristina Benfratelli
Direttore Sanitario Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello
Direttore Sanitario Fondazione Istituto G. Giglio
Direttore Sanitario A.O.U.P. P. Giaccone
Direttore Sanitario ISMETT
Direttori Sanitari Case di Cura private e accreditate
tramite AIOP

LORO SEDI

Oggetto: Indicazioni sulla gestione di OTLT – MODULO DISMISSIONE

Al fine di eludere la doppia fornitura di OTLT (concentratore e ossigeno liquido) si invitano i medici specialisti, nel caso di cambio terapia OTLT dell'assistito (da ossigeno liquido a concentratore, e viceversa), a redigere il **MODULO DISMISSIONE OTLT**, che ad ogni buon fine si allega alla presente, riportando la motivazione della sostituzione (dato obbligatorio).

Suddetto modulo, redatto in ogni suo campo dallo specialista, dovrà essere inviato dal paziente o caregiver al Distretto di pertinenza del paziente per la contestuale disattivazione.

Il Farmacista Dirigente
Dr. Roberto Tavormina

Il Direttore
del Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
ASP Palermo
Dr. Maurizio Pastorello

MODULO DISMISSIONE OTLT

CENTRO PRESCRITTORE _____

OSPEDALE _____

U. O. _____

TELEFONO _____ E-MAIL _____

OGGETTO: Comunicazione disattivazione fornitura _____

Ai fini dell'interruzione dell'uso del servizio di:

CONCENTRATORE

OSSIGENO LIQUIDO CRIOGENICO

Si comunica la **DISMISSIONE** della suddetta fornitura a far data dal _____ per il SIG.\SIG.RA:

COGNOME: _____

NOME: _____

CODICE FISCALE: _____

NATO/A IL: _____ A _____

RESIDENZA: _____

DOMICILIO (se diverso dalla residenza): _____

MEDICO DI MEDICINA GENERALE: _____

MOTIVAZIONE (obbligatoria):

DATA _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
