

# Prescrizione medica: sistema di drenaggio drainova® e PleurX™

A questo paziente è stato impiantato un catetere drainova® o PleurX™. Lo annunciamo per le istruzioni iniziali di drenaggio ricorrente con cambio di medicazione. Si prega di fornire al paziente il materiale di drenaggio prescritto e di fissare l'appuntamento per le istruzioni.

**Si prega di inviare la prescrizione completata via e-mail a: info@fenik.ch Dare la prescrizione originale al paziente alla dimissione.** !

Data del rilascio previsto: \_\_\_\_\_

Etichetta del paziente / Indirizzo e data di nascita

## 1 Raccomandazione medica di informazioni e drenaggio:

Posizione del catetere: Pleura                      Ascite  
Quantità di drenaggio: \_\_\_\_\_ ml/24 h  
Raccomandazione Intervallo: Sintomatico \_\_\_\_\_ x settimanale  
Cronico Malattie infettive: no            si, quali: \_\_\_\_\_

Osservazione

## 2 Regolamento (contrassegnare l'articolo corrispondente con ☒):

Descrizione articolo/ dimensioni confezione:	No. articolo:	No. Pos.EMAp:
Prima istruzione	S1000	
drainova® clickFix	P1100S	01.03.02.02.1
Tube di raccordo PleurX™, sterile	50-7245	01.03.02.01.1

Numero di lotto del catetere / Etichetta adesiva

### Prescrizione medica permanente per i set di drenaggio drainova®, ewimed o PleurX™

Drenaggio tramite vuoto delicato 2000 ml	1 UE = 10 pezzi	2010	01.03.01.01.1
Drenaggio a gravità 2000 ml	1 UE = 10 pezzi	50-7505	01.03.01.01.1
Drenaggio a gravità 400 ml	1 UE = 20 pezzi	50-7504	01.03.01.01.1
Drenaggio tramite sottovuoto 1000 ml	1 UE = 10 pezzi	50-7510	01.03.01.01.1
Drenaggio tramite sottovuoto 500 ml	1 UE = 10 pezzi	50-7500B	01.03.01.01.1

## 3 Medici responsabili / ospedale / clinica:

a) Medico prescrittivo:  
(Clinica di impianto): \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_  
Data del regolamento & Firma del medico: \_\_\_\_\_  
Data                      Firma del medico

Bollo dell'ospedale/clinica

## 4 Percorsi di casa o altra struttura:

a) Membro della famiglia:  
Nome: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
b) Nome della Spitetex:  
Nome: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
c) Casa di cura / ospizio / clinica / ospedale / riabilitazione  
Nome: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_

## 5 Ordini, consigli e istruzioni di:

fenik AG • Querstrasse 5 • 8212 Neuhausen am Rheinfall • Tel.: +41 31 511 87 20 • Fax: +41 52 577 02 56 • info@fenik.ch

## 6 Consenso alla protezione dei dati (paziente):

Nell'ambito delle istruzioni per l'istruzione e la consegna dei set di drenaggio, elaboriamo e utilizziamo i suoi dati personali. Questi dati si aggiungono a informazioni generali su di lei (ad es. Nome, indirizzo, data di nascita, assicurazione sanitaria) in particolare informazioni sulla sua salute (drenaggio, infezioni, possibilmente diagnosi), secondo la legge federale sulla protezione dei dati (LPD) come speciale dati personali da proteggere e per i quali si applicano requisiti speciali di protezione dei dati. I suoi dati saranno trasmessi a terzi in via eccezionale, come ad esempio: il APMA o, in caso di arretrati, se necessario, l'agenzia di recupero crediti responsabile.

Con la presente dichiaro che l'ospedale o la clinica possono trasmettere i miei dati personali alla società fenik AG nella misura sopra descritta.

Data: \_\_\_\_\_ Firma del paziente: \_\_\_\_\_