

## Alla cortese attenzione del medico curante:

Egregio Collega,

Ai fini della corretta compilazione della prescrizione secondo la normativa vigente nella Regione Emilia Romagna La preghiamo di compilare la ricetta come da facsimile qui sotto riportato, specificando sia la **DIAGNOSI** formulata dallo specialista che la **TIPOLOGIA** d'intervento indicata

COMPILAZIONE E TITOLO DELLA PRESCRIZIONE (INDICAZIONE E PRESCRIZIONE DELLE FARMACI)

ESERCIZIO (OVI PRESCRITTO ALLA LEGGE)

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE \_\_\_\_\_

NUM. ESIST. \_\_\_\_\_ CODICE ESERCIZIO \_\_\_\_\_ REGIONE \_\_\_\_\_ FORMA AUTOCERTIFICANTE \_\_\_\_\_ DATA PRESCRIZIONE \_\_\_\_\_ COSELETT. No. \_\_\_\_\_

Si richiede ricovero in Ortopedia per esecuzione di intervento di \_\_\_\_\_  
(COMPILARE)

Diagnosi: (COMPILARE) \_\_\_\_\_

NUMERO CONFEZIONE / PREPARAZIONE \_\_\_\_\_ TIPO DI RICETTA \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

NUMERO PROGRESSIVO \_\_\_\_\_

IMPORTO: \_\_\_\_\_

NOTE CUP \_\_\_\_\_

PRODOTTORE DELLA PRESCRIZIONE \_\_\_\_\_

TERZO E PRIMA DEL MEDICO \_\_\_\_\_

DATA SPECIFICHE / TERZO E PRIMO CURANTE \_\_\_\_\_

NUMERO PROGRESSIVO \_\_\_\_\_

IMPORTO: \_\_\_\_\_

NOTE CUP \_\_\_\_\_

PRODOTTORE DELLA PRESCRIZIONE \_\_\_\_\_

La ringrazio per la gentile collaborazione e Le porgo distinti saluti.

Casa di Cura Montanari  
Il Direttore Sanitario

NB: la compilazione della prescrizione deve sempre essere successiva all'esecuzione degli esami/accertamenti descritti nella tabella seguente

**ACCERTAMENTI DA ESEGUIRE/ESEGUITI  
 AI FINI DI UNA APPROPRIATA PRESCRIZIONE**

<b>Intervento ORTOPEDICO</b>	<b>RX</b>	<b>RMN/TC</b>	<b>Eco</b>	<b>altro</b>	<b>Referto visita con indicaz. chirurgica</b>
M. di Dupuytren, S. De Quervein, Dito a scatto, Rimozione mezzi di sintesi, Anuloplastica	X		X		X
Cisti di polso			X		X
Tunnel carpale				EMG	X
Alluce valgo, Sperone calcaneare, Dita a martello	X				X
Piede piatto	X				X
Artro – endoprotesi di femore, Endoprotesi di ginocchio, Revisioni di protesi	X	X			X
MaioRegen (solo se danno osteocondrale III/IV grado)	X	X			X
ARS di ginocchio, caviglia	X	X			X
Ricostruzione legamento crociato	X	X			X
Osteotomia di ginocchio	X				X
Cisti artrogena di ginocchio, rimozione mezzi di sintesi	X	X			X
Ricostruzione legamento crociato	X	X			X
Protesi di rotula	X*	X			X
Int. spalla a cielo aperto, ARS spalla	X	X	X		X
Protesi di spalla	X	X			X
Stabilizzazioni vertebrali	X	X			X
Scoliosi	X				X
Scoliosi adulto	X	X			X

\*assiali di rotula

NB: per ogni intervento è necessaria l'indicazione chirurgica e almeno una delle indagini diagnostiche sopra elencate