



U.O.C. URP Comunicazione Servizi Amministrativi Territoriali

claudio.montalbini@sanita.marche.it

Oggetto: istruzioni per il pagamento delle prestazioni dell'ambulatorio di terapia endovenosa marziale

Il servizio di terapia endovenosa marziale è di competenza territoriale, benché venga effettuato in locali dell'Ospedale Santa Croce dell'Azienda Ospedaliera Marche Nord.

Il pagamento delle prestazioni deve, pertanto, essere effettuato presso il Distretto Sanitario di Fano – palazzo di vetro – sito in via IV Novembre n. 1 o presso le altre sedi territoriali del Distretto Sanitario di Fano, Pesaro ed Urbino.

L'accettazione ed il pagamento vanno eseguiti usando le seguenti codifiche:

Prestazione	Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche (Cod. 33305 – DM 99.29)
Struttura	ZT03 POL. FANO – SEDE S. CROCE
Unità Erogante	ZT03-FAH CT Terapia Endovenosa Marziale - Territoriale
Agenda	FAH TERAPIA MARZIALE

Azienda Sanitaria Unica Regionale

Sede Legale: Via Oberdan n.2 – 60122 ANCONA

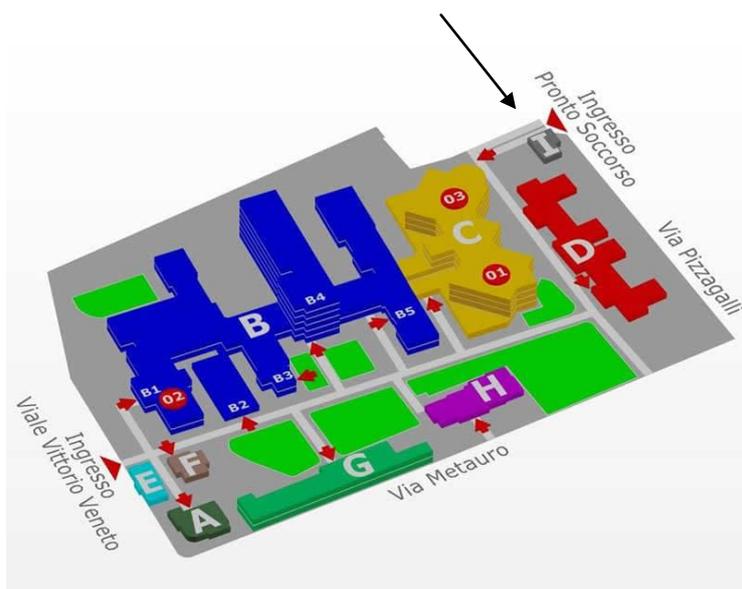
C.F. e P.IVA 02175860424

Area Vasta n.1

Sede Amministrativa: Via Ceccarini n.38 - 61032 Fano (PU)

INFORMAZIONI SULLA TERAPIA MARZIALE (FLEBO DI FERRO)

L'ATTIVITA' DEL SERVIZIO CONSISTE NELLA SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA ENDOVENOSA A BASE DI FERRO ED AVVIENE PRESSO L'OSPEDALE "S. CROCE" DI FANO – **BLOCCO D** – (VICINO LA CARDIOLOGIA TERRITORIALE).



L'ATTIVITA' VIENE SVOLTA NEI GIORNI DI **LUNEDI'** E **MERCOLEDI'** DALLE **7:30 ALLE 11:30**.

LA **PRENOTAZIONE** PUO' ESSERE AFFETTUATA, IL **LUNEDI'** O IL **MERCOLEDI'** DALLE **11:30 ALLE 13:00**, DIRETTAMENTE PRESSO L'AMBULATORIO O TELEFONANDO ALLO **0721 1932616**.

L'UTENTE DEVE ESSERE IN POSSESSO DI 3 IMPEGNATIVE, CONSEGNATE PRESSO L'AMBULATORIO INFERMIERISTICO DI TERAPIA MARZIALE REDATTE DAL MEDICO DI MEDICINA GENERALE E PRECISAMENTE:

1- **RICETTA ROSSA O DEMATERIALIZZATA** CON PRESCRIZIONE DEL FERRO IN FIALE (**FERLIXIT OS IV 5F 62,5 MG 5 ML**): TANTE CONFEZIONI QUANTE SONO LE INFUSIONI PRESCRITTE.
N.B. : INSERIRE MANUALMENTE IL NOME DEL FARMACO NEL CASO IN CUI LA RICETTA ESCA IN BIANCO.

2- **IMPEGNATIVA** CON IL NUMERO DI INFUSIONI NECESSARIE: SE SUPERIORI A 8 UTILIZZARE PIU' IMPEGNATIVE (ES. : PER 12 INFUSIONI UTILIZZARE DUE IMPEGNATIVE, UNA DA 8 ED UNA DA 4).

3- **ALLEGATO 1** "SCHEDE PRESCRIZIONE FARMACI CONTENENTI FERRO DA SOMMINISTRARE PER VIA ENDOVENOSA" DEBITAMENTE FIRMATO E COMPLETATO A CURA DEL MEDICO CURANTE.

NEL CASO IN CUI L'UTENTE SIA **IMPOSSIBILITATO AD EFFETTUARE LA TERAPIA** E' GENTILMENTE PREGATO DI **AVVISARE** AL NUMERO **0721 1932616** IL **LUNEDI'** O IL **MERCOLEDI'** DALLE **07:00 ALLE 13:00**.