

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

Il servizio di terapia endovenosa marziale è di competenza territoriale e l'attività per il Distretto di Fano si svolge nei locali dell'Ospedale Santa Croce.

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.

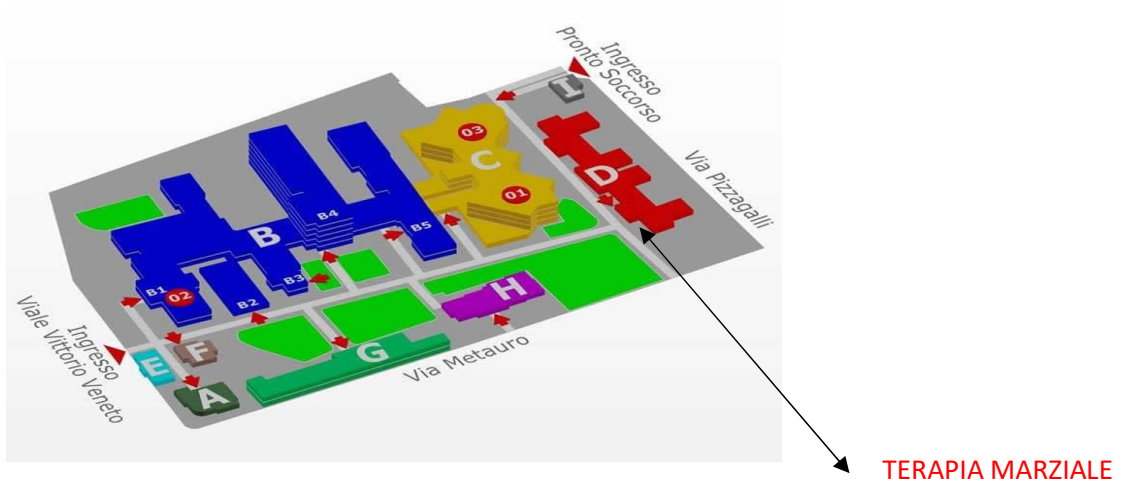
L'accettazione ed il pagamento vanno eseguiti usando le seguenti codifiche:

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

INFORMAZIONI SULLA TERAPIA MARZIALE (FLEBO DI FERRO E ALBUMINA)

DOVE VIENE SVOLTA

L'ATTIVITA' DEL SERVIZIO CONSISTE NELLA SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA ENDOVENOSA A BASE DI FERRO O ALBUMINA ED AVVIENE PRESSO L'OSPEDALE "S. CROCE" DI FANO – **BLOCCO D** – (EX PSICHIATRIA).



QUANDO

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

PRENOTAZIONE

LA **PRENOTAZIONE** PUO' ESSERE AFFETTUATA, IL **LUNEDI'** O IL **MERCOLEDI'** DALLE **11:30 ALLE 13:00**, TELEFONANDO AL NUMERO **0721 1932616** O RIVOLGERSI PERSONALMENTE NELL'AMBULATORIO NEI GIORNI DI APERTURA.

COSA PORTARE

L'UTENTE DEVE ESSERE IN POSSESSO DI RELATIVA DOCUMENTAZIONE (REDATTA DAL MEDICO DI MEDICINA GENERALE):

- 1- **RICETTA DEMATERIALIZZATA O ROSSA** CON PRESCRIZIONE DEL FERRO IN FIALE (**FERLIXIT OS IV 5F 62,5 MG 5 ML**): SPECIFICANDO IL NUMERO DELLE CONFEZIONI (**1 conf. 5FL**).

N.B. : SOLO PER IMPEGNATIVE ROSSE, NEL CASO IN CUI IL FARMACO NON SI RIESCA A PRESCRIVERE AUTOMATICAMENTE, SI PUO' PROVVEDERE MANUALMENTE.
- 2- **RICETTA DEMATERIALIZZATA O ROSSA** 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 DI MEDICINA GENERALE.
- 4- IN CASO DI TERAPIA CON **FERINJECT** FIALE PORTARE LA DOCUMENTAZIONE SOPRA RIPORTATA AL PUNTO 2 E PUNTO 3.

NEL CASO IN CUI L'UTENTE SIA **IMPOSSIBILITATO AD EFFETTUARE LA TERAPIA** E' GENTILMENTE PREGATO DI **AVVISARE** TELEFONICAMENTE AL NUMERO **0721 1932616**.

IN CASO DI SOMMINISTRAZIONE DI **ALBUMINA**, OLTRE LA RICETTA DEMATERIALIZZATA/ROSSA DEVONO ESSERE COMPILATI GLI ALLEGATI 1_2 E ALLEGATO 3.