

ALLEGATO A1

MODULO REGIONALE PER LA CERTIFICAZIONE ALLE ASSISTITE RESIDENTI NELLA REGIONE PUGLIA DELLE CONDIZIONI PATOLOGICHE DI CUI ALL'ART. 4, CO. 1 DEL DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE 31/08/2021, CHE CONTROINDICANO IN MANIERA ASSOLUTA (TEMPORANEA O PERMANENTE) L'ALLATTAMENTO.

(DA COMPILARE A CURA DELLO SPECIALISTA DEL SSN, DIPENDENTE O CONVENZIONATO - IN PARTICOLARE PEDIATRA O NEONATOLOGO DEL PUNTO NASCITA PER LE CONDIZIONI IDENTIFICATE GIÀ IN GRAVIDANZA O ALLA NASCITA, MMG/PLS O ALTRO SPECIALISTA PER LE CONDIZIONI CHE SI VERIFICANO DOPO LA DIMISSIONE)

	*Al Direttore del Distretto Socio Sanitario dell'Azienda Sanitaria Locale di residenza dell'assistita											
	D.S.S. di											
	ASL											
1) DATI DI RIFERIMENTO DELL'AZIENDA DEL SSR PRESSO CUI OPERA IL MEDICO PRESCRITTORE:												
ASL: □ASL BA □ASL BR □ASL BT	□ASL FG □ASL LE □ASL TA											
AA.OO.UU.: POLICLINICO/GIOVA	NNI XXIII 🗆 OO.RR.FG											
I.R.C.C.S. PUB.: □DE BELLIS	□ONCOLOGICO GIOVANNI PAOLO II											
E.E./I.R.C.C.S. PRIV. ACC.:	□PANICO □MAUGERI □MEDEA											
P.O.:												
DISTRETTO S.S.:												
STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA												
U.O./SERVIZIO/AMBULATORIO DI (IND	ICARE DENOMINAZIONE)											
•	SSISTITA PER LA QUALE SI CERTIFICA LA SUSSISTENZA DI I CUI ALL'ART. 4, CO. 1 DEL DECRETO DEL MINISTERO											
Nome	Cognome											
Luogo e data di nascita												
Codice Fiscale	ASL di residenza											

*L'invio del presente modulo di certificazione patologica al Direttore del D.S.S. della ASL di residenza dell'assistita deve essere trasmesso a mazzo mail/PEC da parte del medico prescrittore ovvero, in alternativa, deve essere compilato in maniera informatizzata sul sistema regionale Edotto non appena sarà resa disponibile la specifica funzionalità nell'area applicativa Assistenza Farmaceutica. Copia cartacea del presente certificato compilato in ogni sua parte dal prescrittore viene rilasciato anche all'assistitita richiedente.



3) CONDIZIONE/I PATOLOGICA/E DI CUI ALL'ART. 4, CO. 1 DEL DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE 31/08/2021, CHE CONTROINDICANO IN MANIERA ASSOLUTA (TEMPORANEA O PERMANENTE) L'ALLATTAMENTO, CERTIFICATE PER L'ASSISTITA.

<u>Indicazioni permanenti</u>
○ infezione da HTLV1 e 2;
○ sindrome di Sheehan;
○ alattogenesi ereditaria;
○ ipotrofia bilaterale della ghiandola mammaria (seno tubulare);
○ mastectomia bilaterale;
○ morte materna.
Indicazioni temporanee (da sottoporre a verifica mensile)
○ infezione da HCV con lesione sanguinante del capezzolo;
○ infezione da HSV con lesione erpetica sul seno o capezzolo;
○ infezione ricorrente da streptococco di gruppo B;
○ lesione luetica sul seno;
○ tubercolosi bacillifera non trattata;
mastite tubercolare;
○ infezione da virus varicella zooster;
esecuzione di scintigrafia;
assunzione di farmaci che controindicano in maniera assoluta l'allattamento;
assunzione di droghe (escluso il metadone);
○ alcolismo.
Nel caso di indicazioni temporanee, specificare il periodo: DA/_/ A//
DATA
IL MEDICO PRESCRITTORE (FIRMA E TIMBRO)

^{*}L'invio del presente modulo di certificazione patologica al Direttore del D.S.S. della ASL di residenza dell'assistita deve essere trasmesso a mazzo mail/PEC da parte del medico prescrittore ovvero, in alternativa, deve essere compilato in maniera informatizzata sul sistema regionale Edotto non appena sarà resa disponibile la specifica funzionalità nell'area applicativa Assistenza Farmaceutica. Copia cartacea del presente certificato compilato in ogni sua parte dal prescrittore viene rilasciato anche all'assistitita richiedente.



ALLEGATO A2

MODULO REGIONALE PER LA RICHIESTA DEL CONTRIBUTO PER L'ACQUISTO DI SOSTITUTI AL LATTE MATERNO (FORMULE PER LATTANTI) PER DONNE AFFETTE DA CONDIZIONI

PATOLOGICHE CHE IMPEDISCONO LA PRATICA NA MINISTERO DELLA SALUTE 31 AGOSTO 2021 (ATTUAZ 27 DICEMBRE 2019, N. 160)											
	*Al Direttore del Distretto Socio Sanitario dell'Azienda Sanitaria Locale di residenza dell'assistita										
D.S.S. di											
ASL											
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFIC	:AZIONE/ATTO DI NOTORIETÀ										
Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/1 dichiarazioni o false attestazioni accertate dall'Ammini le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/20 sulla base della dichiarazione o attestazione non veritie	istrazione procedente, verranno applicate 2000 e la decadenza dal beneficio ottenuto										
NomeCognome_											
Luogo e data di nascita	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·										
Codice Fiscale											
Indirizzo di residenza (Città, via e n. civico)											
DICHIARA	1										
 di essere genitore/tutore legale di 											
nato/a a (dati neonato)	il										
Codice Fiscale											
 che il neonato ha compiuto 6 mesi di vita alla contributo di cui all'oggetto. 	data di presentazione della richiesta di										
CHIEDE											
Di partecipare all'Avviso pubblico emesso dalla ASL Generale n, del, finalizzato all'erogazion del latte materno (formule per lattanti) alle donno impediscono la pratica naturale dell'allattamento, sin come previsto dal Decreto 31 agosto 2021 del Ministero	ne del contributo per l'acquisto di sostituti e affette da condizioni patologiche che o al sesto mese di età del neonato, così										



A tal fine allega alla presente:

- n.__ certificazione/i dello specialista del SSN, dipendente o convenzionato (in particolare il pediatra o il neonatologo del punto nascita per le condizioni patologiche che impediscono l'allattamento identificate già in gravidanza o alla nascita, il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta o lo specialista per le condizioni che si verifichino dopo la dimissione), attestante le condizioni patologiche che impediscono l'allattamento (art. 4 del Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021);
- attestazione ISEE di cui all'art. 2 del Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021;
- n.__ prescrizione/i mensile/i, redatte dal neonatologo o pediatra del punto nascita, dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta o da altro specialista dipendente o convenzionato operante in strutture pubbliche del SSN, delle formulazioni per lattanti incluse nel registro nazionale di cui all'art. 7, comma 1, del decreto del Ministero della salute 8 giugno 2001, per un fabbisogno totale di durata massima pari a primi sei mesi di vita del neonato;
- documentazione fiscale (scontrino/fattura), dalla quale si evinca la spesa sostenuta per l'acquisto effettuato presso farmacie, parafarmacie o esercizi commerciali insistenti nel territorio regionale, di sostituti delle formule per lattanti (incluse nel registro nazionale di cui all'art. 7, comma 1, del decreto del Ministero della salute 8 giugno 2001), emessa nell'arco temporale previsto dalle prescrizioni mensili di cui al precedente punto.
- copia del documento di identità in corso di validità.

Chiede	e, in	oltr	e, cl	ne il	con	trib	uto	ven	ga a	ccre	edit	ato) SL	ıl se	egu	ent	e c	ont	to, i	nte	stat	o a	ric	hie	de	nte	:		
Banca	/ Po	osta			_																								
Filiale					_																			_					
Nome	inte	estat	tario)	_																								
IBAN																													_
Data						_											_					Fi:	ma 	1			_		