



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/GIOVANNI 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.: ☐ MIULLI ☐ PANICO ☐ MAUGERI ☐ MEDEA

P.O.: _____

DISTRETTO S.S.: _____

STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA _____

U.O./SERVIZIO/AMBULATORIO DI (INDICARE DENOMINAZIONE) _____

**2) DATI DI RIFERIMENTO DELL'ASSISTITA PER LA QUALE SI CERTIFICA LA SUSSISTENZA DI
CONDIZIONI PATOLOGICHE DI CUI ALL'ART. 4, CO. 1 DEL DECRETO DEL MINISTERO
DELLA SALUTE 31/08/2021:**

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 mezzo 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'assistita 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.

Indicazioni permanenti

- ☐ 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 mezzo 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'assistita richiedente.*