

**Piano di Trattamento Iperbarico  
per paziente ambulatoriale**

Il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

è affetto/a dalla seguente patologia:

- intossicazione da monossido di carbonio
- malattie da decompressione subacquea
- embolia gassosa arteriosa
- infezioni necrosanti progressive (INP)
- osteomielite cronica refrattaria
- ischemia acuta traumatica e/o sindrome compartimentale
- innesti cutanei e lembi muscolo cutanei compromessi
- lesioni radionecrotiche
- ulcere a lenta guarigione nel paziente diabetico
- ulcere a lenta guarigione nel paziente non diabetico
- osteonecrosi asettica
- ipoacusia-sordità acuta improvvisa

RELAZIONE CLINICA e INDICAZIONI ALL'OTI:

---

---

---

---

---

---

---

---

Uso esclusivo iperbarica:  NO  SI

Non deambulante:  NO  SI

DATA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Medico Specialista (timbro e firma)

**N.B.: il ticket deve essere pagato c/o l'Iperbarica Adriatica**