

MODULO PRESCRIZIONE AUSILI PER INCONTINENZA

Ai sensi di quanto previsto dal D.M. 27/08/1999 n.332, successivamente modificato con D.M. 321/01 ai fini dell'erogazione di dispositivi protesici

SI DICHIARA CHE

Il/la Sig./ra _____ nato/a il _____
e residente a _____ via _____ n. _____

TIPOLOGIA DI PRESCRIZIONE

PRIMA
PRESCRIZIONE

TIPOLOGIA DEL PAZIENTE

ADI 1 °
LIVELLO

ADI 2 °
LIVELLO

ADI 3 °
LIVELLO

INVALIDO CIVILE O DI GUERRA O PER SERVIZIO > 1/3
CON DIAGNOSI DI INCONTINENZA NEL VERBALE DI
INVALIDITA'

CONDIZIONI CLINICHE SPECIFICHE

Paziente con
incontinenza
stabilizzata

Paziente con
patologia grave
che obbliga
all'allettamento

TIPOLOGIA DELL'INCONTINENZA

URINARIA

FECALÉ

DOPPIA

Affetto/a da _____

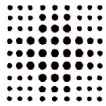
necessita della fornitura mensile di

PRESIDI AD ASSORBENZA

PRESIDI A RACCOLTA

RACCOGLITORE BORSA DA GAMBA MONOUSO	(09.27.04.003)	N. PEZZI _____
RACCOGLITORE BORSA DA GAMBA RIUTILIZZABILE	(09.27.04.006)	N. PEZZI _____
RACCOGLITORE BORSA DA LETTO MONOUSO:		
TUBO LUNGHEZZA cm 90	(09.27.07.003)	N. PEZZI _____
TUBO LUNGHEZZA cm 120	(09.27.07.003)	N. PEZZI _____
RACCOGLITORE BORSA DA LETTO RIUTILIZZABILE	(09.27.07.006)	N. PEZZI _____
CATETERI A PERMANENZA (Foley) lattice siliconato	(09.24.03.002)	
Diametro n. _____		N. PEZZI _____
CATETERI A PERMANENZA (Foley) puro silicone	(09.24.03.003)	
Diametro n. _____		N. PEZZI _____

Luogo, _____ data, _____



MODULO PRESCRIZIONE AUSILI

Ai sensi di quanto previsto dal D.M. 27/08/1999 n.332, successivamente modificato con D.M. 321/01 ai fini dell'erogazione di dispositivi protesici

SI DICHIARA CHE

Il/la Sig./ra _____ nato/a il _____
e residente a _____ via _____ n. _____

TIPOLOGIA DEL PAZIENTE

ADI 1 °
LIVELLO

ADI 2 °
LIVELLO

ADI 3 °
LIVELLO

CONDIZIONI CLINICHE SPECIFICHE

Paziente con patologia grave
che obbliga all'allettamento

Paziente con grave
difficoltà motoria che
necessita di assistenza

Paziente allettato a
rischio di lesioni da
decubito

Affetto/a da _____

necessita del/dei seguente/i ausilio/i protesico/i:

AUSILIO PRESCRIVIBILE DAL MMG	Codice	ALCUNE CARATTERISTICHE
<input type="checkbox"/> LETTO A UNA MANOVELLA	18.12.07.003	→ regolabile MANUALMENTE → elevabile solo la testata ↓ Alto 50 cm da terra (senza materasso) - facilitante l'assistenza per il care-giver
<input type="checkbox"/> SPONDE UNIVERSALI PER LETTO	18.12.27.103	→ per qualsiasi tipo di letto → funzione di contenimento
<input type="checkbox"/> SUPPORTO PER ALZARSI DAL LETTO	12.30.09.103	→ funzione di aiuto nell'autogestione della movimentazione nel letto
<input type="checkbox"/> MATERASSO ANTIDECUBITO VENTILATO IN ESPANSO	03.33.06.003	→ caratteristiche antidecubito per pazienti a basso rischio → favorisce la traspirazione della cute, riducendo la sudorazione → consente la distribuzione del peso corporeo su un'ampia superficie d'appoggio
<input type="checkbox"/> MATERASSO ANTIDECUBITO AD ARIA CON COMPRESSORE	03.33.06.018	→ caratteristiche antidecubito per pazienti a basso/medio rischio → facilmente lavabile → il gonfiaggio alternato delle celle consente la variazione della superficie d'appoggio corporeo (NON va posizionato direttamente sulla rete)
<input type="checkbox"/> CARROZZINA A TELAIO RIGIDO TIPO "COMODA"	12.21.03.003	→ ridotte dimensioni (ingombro totale in larghezza: cm 48; altezza da terra: 50 cm) → può consentire l'accessibilità al bagno in spazi ridotti → principali caratteristiche: sedile imbottito con foro WC e vaschetta; braccioli abbattibili; ruote piccole piroettanti con freni posteriori → non compatibile con una seduta prolungata: da utilizzare solo per l'igiene

Luogo, _____ data, _____

(Timbro e firma del Medico Prescrittore)