

ALLEGATO 1/B

COGNOME _____ NOME _____ ETA' _____

Nato a _____ il _____ C.F. _____

Residente in _____ Via _____ N° _____

VALUTAZIONE DELLA DISABILITÀ' E PROGRAMMA RIABILITATIVA
Vedi retro per dettaglio

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Paziente allettato | <input type="checkbox"/> Incontinenza LIEVE |
| <input type="checkbox"/> Paziente allettato assistito in ADI | <input type="checkbox"/> Incontinenza MEDIA |
| <input type="checkbox"/> Paziente allettato assistito in ADP | <input type="checkbox"/> Incontinenza GRAVE |
| | <input type="checkbox"/> Incontinenza GRAVISSIMA |

Diagnosi clinica _____

Valutazione del deficit _____

Tempo di impiego previsti _____

PRESIDI PROPOSTI

Descrizione	Codice ISO	Quantità
Pannoloni a mutandina con elastico Misura Grande	09.30.04.003	
Pannoloni a mutandina con elastico Misura Media	09.30.04.006	
Pannoloni a mutandina con elastico Misura Piccola	09.30.04.009	
Pannoloni sagomati Misura Grande	09.30.04.012	
Pannoloni sagomati Misura Media	09.30.04.015	
Pannoloni sagomati Misura Piccola	09.30.04.018	
Pannoloni Rettangolari	09.30.04.021	
Traverse salvamaterasso 60x90	18.12.15.006	
Traverse salvamaterasso 80x180	18.12.15.003	
Catetere a permanenza tipo Foley	09.24.03.003	
Cateteri esterni	09.24.09.003	
Cateteri monouso autolubrificanti per uomo	09.24.06.012	
Cateteri monouso autolubrificanti per donna	09.24.06.011	
Raccoglitori da gamba	09.27.04.003	
Raccoglitori da letto	09.27.07.003	
Letto ortopedico 1 manovella	18.12.07.003	
Letto ortopedico 2 manovelle	18.12.07.006	
Sponde per letto	18.12.27.103	
Materasso ventilato in espanso	03.33.06.003	
Materasso ad aria con compressore	03.33.06.018	
Materasso ad elementi interscambiabili con compressore	03.33.06.021	
Supporto per alzarsi dal letto	12.30.09.103	

Data _____

Il Medico di Medicina Generale/Il Pediatra di Libera Scelta

NOTE:

La presente prescrizione deve essere accompagnata dalla prescrizione dei presidi su ricettario SSN

Art. 3.3 Capitolato tecnico:

Livello di incontinenza	Descrizione
Lieve	Incontinenza urinaria occasionale/da sforzo, con presenza dello stimolo. Fino a 2-3 episodi giornalieri.
Media	Incontinenza stabile, con presenza dello stimolo, ma assenza di controllo (anche fecale in circa 10% dei casi). Fino a 4-5 episodi giornalieri per incontinenza urinaria e/o 1 episodio per incontinenza fecale.
Grave	Incontinenza cronica e stabilizzata, con assenza dello stimolo. Fino a 5- 6 episodi giornalieri per perdita di urina, o 2-3 episodi per perdita di feci, ovvero incontinenza sia urinaria che fecale.
Gravissima	Assenza dello stimolo, allettati con defecazione e minzione eccessiva ("incontinenza continua"), causata da particolari condizioni patologiche (es. patologie neuronali, SLA, paraplegia, etc.) ed uso di farmaci.