Immagine che contiene testo, Carattere, simbolo, logo

Descrizione generata automaticamente

**Servizio Sanitario – Regione Sardegna**

**Allegato 1B ASSISTENZA PROTESICA ED INTEGRATIVA**

[frontoffice.distrettoolbia@aslgallura](mailto:frontoffice.distrettoolbia@aslgallura).it

**Modello di Prescrizione Ausili per il M.M.G. e PLS/Specialista**

# Assistito – Dati anagrafici

NOME e COGNOME

Nato a il CF

Residente in Via N° Tel.

(se indirizzo diverso da residenza)

Domiciliato in Via N°

**Valutazione della disabilità e programma riabilitativo**

* Paziente allettato
* Prima prescrizione (prima prescrizione da parte del mmg, solo se paziente allettato)
* Prescrizione successiva alla prima
* Paziente allettato assistito in ADI
* Paziente ADP o domiciliato in strutture socioassistenziali (comunità integrate/ comunità alloggio)
* Paziente allettato in C.D.I.

**Diagnosi Clinica**:

(patologia che dà origine alla incontinenza):

**Valutazione del deficit**

* INCONTINENZA CRONICA DI GRADO LIEVE

(incontinenza occasionale da sforzo con presenza dello stimolo. Fino a 2/3 episodi die)

* INCONTINENZA CRONICA DI GRADO MEDIO

(incontinenza stabile, con presenza dello stimolo, ma assenza di controllo. Fino a 4.5 episodi giornalieri per incontinenza

urinaria e/o 1 episodio per incontinenza fecale)

* INCONTINENZA CRONICA DI GRADO GRAVE

(incontinenza cronica e stabilizzata con assenza dello stimolo. Fino a 5.6 episodi giornalieri per urinaria o 2-3 episodi per

perdita di feci, ovvero incontinenza mista)

* INCONTINENZA CRONICA DI GRADO GRAVISSIMO

(assenza dello stimolo, pazienti allettati con incontinenza continua causata da condizioni patologiche e/o uso di farmaci)

Tempi di impiego previsti:

## **PRESIDI PROPOSTI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Descrizione Presidio(Tipologie di dispositivi prescrivibili, vedi retro-pagina) | Codice ISO | Quantità |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Data

Il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta/Specialista

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (timbro e firma)

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

**INDICAZIONI PER LA PRESCRIZIONE**

**Ausili e presidi prescrivibili: descrizione dettagliata, codici e quantità massima prescrivibile**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DESCRIZIONE** | **QUANTITA’** | **CODICE** |
| Mutanda pannolone tipo pull-on completamente indossabile | Massimo 120 pz. /mese | 09.30.21.063 |
| Pannolone rettangolare per adulti | Massimo 150 pz. /mese | 09.30.04.060 |
| \*\*Pannolini a mutandina per bambini da 7 a 14 kg circa | Massimo 120 pz. /mese | 09.30.12.042 |
| \*\*Pannolini a mutandina per bambini da 15 a 22 kg circa | Massimo 120 pz. /mese | 09.30.12.045 |
| Pannolone sagomato adulti misura grande | Massimo 120 pz. /mese | 09.30.18.048 |
| Pannolone sagomato adulti misura media | Massimo 120 pz. /mese | 09.30.18.051 |
| Pannolone sagomato adulti misura piccola | Massimo 120 pz. /mese | 09.30.18.054 |
| Pannolino per uomo a conformazione fisioanatomica con adesivo o altri sistemi di fissaggio | Massimo 120 pz. /mese | 09.30.18.057 |
| Pannolone a mutandina taglia grande (per assistiti con circonferenza di vita > 110 cm | Massimo 120 pz. /mese | 09.30.21.003 |
| Pannolone a mutandina taglia media (per assistiti con circonferenza di vita > 70 e < 110 cm) | Massimo 120 pz. /mese | 09.30.21.006 |
| Pannolone a mutandina taglia piccola (per assistiti con circonferenza di vita > 50 < 80 cm) | Massimo 120 pz. /mese | 09.30.21.009 |
| \*Pann. a mutandina mis. grande con circonf. vita > 110 cm | Massimo 120 pz. /mese | 09.30.21.012 |
| \*Pann. a mutandina mis. media con circonf. vita da 70 a 100 cm | Massimo 120 pz. /mese | 09.30.21.015 |
| \*Pann. a mutandina mis. piccola con circonf. vita da 50 a 80 cm | Massimo 120 pz. /mese | 09.30.21.018 |
| Mutanda elastica riutilizzabile formato extra-grande | Massimo 3 pz. /mese | 09.30.39.003 |
| Mutanda elastica riutilizzabile formato grande | Massimo 3 pz. /mese | 09.30.39.006 |
| Mutanda elastica riutilizzabile formato media | Massimo 3 pz. /mese | 09.30.39.009 |
| Mutanda elastica riutilizzabile formato piccola | Massimo 3 pz. /mese | 09.30.39.012 |
| Traversa salva-materasso rimboccabile formato 80x180 | Massimo 120 pz. /mese | 09.30.42.003 |
| Traversa salva-materasso rimboccabile formato 60x90 | Massimo 120 pz. /mese | 09.30.42.006 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DESCRIZIONE** | **QUANTITA’** | **CODICE** |
| Catetere vescicale a permanenza tipo Foley a due vie con scanalature | Massimo 2 pz. /mese | 09.24.03.003 |
| Catetere vescicale tipo Nelaton, monouso in PVC per DONNA e BAMBINO | Massimo 120 pz. /mese | 09.24.06.003 |
| Catetere vescicale tipo Nelaton, monouso in PVC per UOMO | Massimo 120 pz. /mese | 09.24.06.006 |
| Cateteri esterni (condom) | Massimo 60 pz/mese | 09.24.21.003 (ex 09.24.09.003) |
| Raccoglitore per urina da letto monouso | Massimo 30 pz/mese | 09.27.04.006 (ex 09.27.07.003) |
| Raccoglitore per urina da letto monouso riutilizzabile e con scarico | Massimo 20 pz/mese | 09.27.05.003 (ex 09.27.07.006) |
| Raccoglitore per urina da gamba monouso | Massimo 30 pz/mese | 09.27.04.003 |
| Raccoglitore urine da gamba riutilizzabile | Massimo 20 pz/mese | 09.27.05.006 (ex 09.27.04.006) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Escluso per pazienti in comunità integrate/ comunità alloggio**  **Solo se in possesso di invalidità civile o ricevuta di presentazione della domanda della stessa** | **Codice** |
| Letto articolato a due snodi e due manovelle senza ruote | 18.12.07.003 |
| Letto articolato a due snodi e due manovelle dotato di ruote | 18.12.07.006 |
| Sponde per letto | 18.12.27.003 |
| Asta solleva persona con base a terra | 18.12.91.003 |
| Materasso ventilato in espanso | 04.33.06.006 |
| Materasso ad aria con compressore | 04.33.06.015 |
| Supporto per alzarsi dal letto | 12.30.09.103 |

N.B. Per gli assistiti aventi diritto all’erogazione degli ausili ad assorbenza, affetti da grave/gravissima incontinenza urinaria o fecale cronica, è sufficiente la certificazione dello specialista competente e/o del Medico di Assistenza Primaria senza la necessità del riconoscimento dell’invalidità civile.

\* N.B. Prescrivibile esclusivamente ad assistiti affetti da incontinenza urinaria e fecale di grado elevato ed in condizioni di ridotta autosufficienza, caratterizzato da una più elevata capacità di assorbimento.

\*\* N.B. Gli ausili assorbenti l’urina per bambini sono prescrivibili esclusivamente ad assistiti di età maggiore di 2 anni affetti da gravi malformazioni uro-ano-rettali o affetti da patologie gravi che comportano l’assenza del controllo sfinterico.

**N.B. gli ausili ad assorbenza NON possono essere prescritti a pazienti inseriti in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA).**

**Orario apertura officio: dal lunedì al giovedì dalle 9,00 alle 12,00**