

**MODELLO DI PRESCRIZIONE AUSILI AD ASSORBENZA
per pazienti con incontinenza stabilizzata o irreversibile**

Cognome e nome _____

Residente in _____ via _____

Data di nascita _____

Diagnosi circostanziata (specifica menomazione e/o disabilità in connessione con gli ausili per incontinenza)

Incontinenza urinaria: tipo:

- da sforzo (quando le perdite di urina sono in occasione di uno sforzo, attività fisica, tosse, starnuto o altra causa di aumento della pressione addominale)
- da urgenza (quando le perdite di urina sono accompagnate o precedute da uno stimolo minzionale improvviso, impellente, improcrastinabile)
- mista (da sforzo e da urgenza)
- non classificabile (perdite non chiaramente riconducibili a una delle situazioni precedenti)

Incontinenza fecale

Segnalare se il paziente utilizza: Catetere vescicale a dimora Cateterismo ad intermittenza

Sono presenti **fattori influenzanti la gestione della incontinenza** (*In presenza di anche uno di tali fattori il prescrittore può cambiare la classe di prescrivibilità ad una superiore*):

- grave deficit cognitivo
- grave deficit motorio specificare :
- non deambulante o con grave difficoltà
- grave compromissione della mobilità
- doppia incontinenza
- eritemi /lesioni cutanee nelle regioni coperte dagli ausili assorbenti

Indicare se l'incontinenza è:

stabilizzata (incontinenza che persiste per più di 12 settimane nonostante la variazione o il trattamento di fattori potenzialmente reversibili o dopo eventi acuti come un intervento chirurgico).

irreversibile (incontinenza per la quale non è prevedibile alcun miglioramento, non suscettibile di alcun tipo di terapia)

La prescrizione di ausili è possibile solo in caso di incontinenza stabilizzata e/o irreversibile ed ha una durata annuale salvo diverse indicazioni del prescrittore. In caso di incontinenza stabilizzata la prescrizione ha durata annuale, salvo diverse indicazioni del prescrittore. Qualora l'incontinenza sia irreversibile la prescrizione si intende definitiva.

VALUTAZIONE DELL'INCONTINENZA URINARIA

Punteggio domanda 1 :

Punteggio domanda 2 :

GIUDIZIO DIAGNOSTICO FINALE

Lieve Media Grave Gravissima

Oppure

Cateterizzato Incontinenza fecale Entero-urostomizzato

Durata della prescrizione

Per la sola incontinenza stabilizzata n. mesi annuale

Per incontinenza irreversibile definitiva

Data,

Firma e Timbro Medico

QUESTIONARIO PER IL PAZIENTE

(nel caso in cui il paziente non sia in grado di compilare direttamente il questionario, questo deve essere compilato dalla persona che lo assiste)

Cognome e nome _____

Data di nascita _____

1. Quanto spesso le capita di perdere urina? Mettere una "X" nella casella corrispondente alla risposta scelta

0.	Mai	0
1.	Meno di una volta a settimana	1
2.	Circa una volta alla settimana	2
3.	Due o tre volte alla settimana	3
4.	Circa una volta al giorno	4
5.	Più volte al giorno	5
6.	Perdo urina in continuazione	6
Punteggio		

2. Quanta urina perde per ogni singolo episodio di perdita? Mettere una "X" nella casella corrispondente alla risposta scelta

a.	Non perdo urina	0
b.	Perdo piccole quantità di urina	2
c.	Perdo modeste quantità di urina	4
d.	Perdo abbondanti quantità d'urina	6
Punteggio		

3. Nel complesso, quanto la sua incontinenza urinaria interferisce negativamente con la sua vita quotidiana da 0 a 10? (rispondere solo se il questionario è compilato direttamente dal paziente) Mettere una "X" nella casella corrispondente alla risposta scelta

0	
1	
2	
3	

4	
5	
6	
7	

8	
9	
10	

4. Quando le capita di perdere urina? Mettere una "X" nella casella corrispondente alla risposta scelta

Mai Perdo urina ancor prima di essere giunta/o in bagno Con colpi di tosse e gli starnuti Quando sono coricata/o Durante lo svolgimento di qualsiasi attività fisica Quando ho terminato di urinare e mi sto rivestendo Senza una particolare ragione Incontinenza continua

Questa domanda non genera punteggio

FIRMA DI CHI COMPILA

IN QUALITÀ DI

Alla ASL di residenza dell'assistito

MODELLO DI PRESCRIZIONE PER AUSILI ASSORBENTI L'URINA

Ad uso dei MMG e dei PLS per il rinnovo della fornitura in caso di fabbisogno invariato

Si prescrive il rinnovo del fabbisogno annuale di ausili assorbenti l'urina per l'assistito:

Cognome e nome _____

Residente in _____ via _____

Data di nascita _____

Data,

Firma e Timbro Medico

Alla ASL di residenza dell'assistito

**PROPOSTA DI PRESCRIZIONE DA PARTE DEL MMG/PLS
PER PAZIENTI ALLETTATI
NELLE MORE DELLA VALUTAZIONE DA PARTE DEL CAD/MEDICO SPECIALISTA**

Cognome e nome _____

Residente in _____ via _____

Data di nascita _____

Diagnosi circostanziata (specifica menomazione e/o disabilità in connessione con gli ausili per incontinenza)

GIUDIZIO DIAGNOSTICO FINALE

Paziente affetto da incontinenza urinaria o fecale cronica di grado:

Lieve Media Grave Gravissima

Durata della prescrizione:

n. 3 mesi n. 6 mesi

Data,

Firma e Timbro Medico

ALLEGATO 1

DA RIPRODURRE SU CARTA INTESATA DELLA STRUTTURA SANITARIA
MODULO PER LA PRESCRIZIONE DI PRESIDI PROTESICI
CANNULE E CATETERI - DPCM 12/01/2017 Allegato 12 Art. 1, Allegato 11 Art. 1

Assistito: Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ____ / ____ / _____ Luogo di nascita _____

Residenza : Via _____ n. _____ comune _____ prov. _____

Codice Fiscale _____ telefono _____

Diagnosi : (indicare la patologia o la lesione che ha determinato la menomazione o la disabilità e le specifiche menomazioni o disabilità) _____

ISO DPCM 17/01/2017	Precedente codifica (DM 332/99)	DESCRIZIONE	QUANTITA' MASSIME EROGABILI	QUANTITA' PRESCRITTA	Indicare fornitore e codice prodotto o dettagliare fornitore marca e modello (marchio, diametro, lunghezza, materiale, tipo di punta ecc)
09.15.03.003- CUF	09.15.03.003	Cannula tracheale in plastica morbida con mandrino, non fenestrata - cuffiata	4/anno		
09.15.03.003	09.15.03.003	Cannula tracheale in plastica morbida con mandrino, non fenestrata	4/anno		
09.15.03.009- CUF	09.15.03.006	Cannula tracheale rigida con mandrino, non fenestrata - cuffiata	4/anno		
09.15.03.009	09.15.03.006	Cannula tracheale rigida con mandrino, non fenestrata	4/anno		
09.15.03.012- CUF	09.15.03.007	Cannula tracheale rigida con mandrino, fenestrata - cuffiata	4/anno		
09.15.03.012	09.15.03.007	Cannula tracheale rigida con mandrino, fenestrata	4/anno		
09.24.03.003	09.24.03.003 a	Catetere a permanenza tipo Foley a due vie con scanalature	2/mese		
09.24.03.006- LAT	09.24.03.003 c	Catetere a permanenza tipo Foley a due vie senza scanalature - lattice	2/mese		
09.24.03.006- SIL	09.24.03.003 b	Catetere a permanenza tipo Foley a due vie senza scanalature - silicone	2/mese		
09.24.06.103	09.24.06.009/10/1 1/12 a	Catetere autolubrificante a base di gel	120/mese		
09.24.06.203	09.24.06.009/10/1 1/12 b	Catetere autolubrificante idrofilo in PVP o analogo materiale (NON PRONTO ALL'USO)	120/mese		
09.24.06.303	09.24.06.009/10/1 1/12 c e d	Catetere autolubrificante idrofilo in PVP o analogo materiale (PRONTO ALL'USO)	120/mese		
09.24.06.403	09.24.06.015	Catetere autolubrificante a base di gel con sacca graduata di raccolta	120/mese		

09.24.06.503	09.24.06.015	Catetere autolubrificante idrofilo con sacca graduata di raccolta	120/mese		
09.24.06.603	09.24.06.018 a e b	Catetere/tutore per ureterocutaneostomia	2/mese		
09.24.21.003	09.24.09.003 a e b	Guaina in materiale ipoallergenico	60/mese		
09.27.04.003	09.27.04.003	Sacca di raccolta dell'urina da gamba Monouso	30/mese		
09.27.04.006	09.27.07.003 a	Sacca di raccolta dell'urina da letto : Monouso a fondo chiuso	30/mese		
09.27.04.006-SCA	09.27.07.003 b	Sacca di raccolta dell'urina da letto : Monouso a fondo chiuso - con scarico	30/mese		
09.27.05.003	09.27.07.006	Sacca di raccolta dell'urina da letto : Riutilizzabile con rubinetto di scarico	20/mese		
09.27.05.006	09.27.04.006	Sacca di raccolta dell'urina da gamba Riutilizzabile	20/mese		

Significato terapeutico e riabilitativo con descrizione del programma di trattamento indicando gli esiti attesi dall'equipe e dall'assistito in relazione all'utilizzo di quanto prescritto e motivazione della richiesta per i presidi riconducibili: _____

Modi e tempi di impiego del presidio (indicare ore nella giornata o giorni nella settimana o altro e l'eventuale necessità di aiuto o supervisione nell'impiego, durata del fabbisogno per i presidi monouso):

Eventuali controindicazioni e limiti d'impiego: _____

Previsione rinnovo prescrizione : _____

La presente prescrizione è "Urgente prima di dimissione" SI NO

Se SI indicare la data presunta delle dimissioni : _____

Data

Timbro e Firma del medico prescrittore

(Si precisa che, ogni campo dovrà essere accuratamente compilato secondo quanto richiesto, al fine di permettere la disamina della richiesta in tempi congrui)

Modi e tempi di impiego del presidio (indicare ore nella giornata o giorni nella settimana o altro e l'eventuale necessità di aiuto o supervisione nell'impiego, durata del fabbisogno per i presidi monouso):

Eventuali controindicazioni e limiti d'impiego: _____

Presidio soggetto a collaudo **SI** **NO**

Previsione rinnovo prescrizione : _____

La presente prescrizione è "Urgente prima di dimissione" **SI** **NO**

Se SI indicare la data presunta delle dimissioni : _____

Data

Timbro e Firma del medico prescrittore

(Si precisa che, ogni campo dovrà essere accuratamente compilato secondo quanto richiesto, al fine di permettere la disamina della richiesta in tempi congrui)