**ALLEGATO A**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cognome** | **Nome** | |
| **Data di nascita** | **Telefono** | **Mail** |
| **Residente in** | **Via** | |
| **Domicilio** | **Cod. Fiscale** | |

***Diagnosi:*  *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).

***Ritenzione urinaria****(Se sì segnalare)*  **completa  parziale**

***Incontinenza fecale****(Se sì segnalare)*  **con feci solide  con feci liquide**

Il paziente utilizza :  **Catetere vescicale a dimora  Cateterismo ad intermittenza**

Sono presenti **fattori influenzanti la gestione della incontinenza?**

grave deficit cognitivo

grave deficit motorio *specificare se***:** non deambulante o con grave difficoltà grave compromissione della

Manualità

Incontinenza fecale concomitante

Eritemi /Lesioni cutanee nelle regioni coperte dagli ausili assorbenti

*In presenza di anche uno di tali fattori il prescrittore può cambiare la classe di prescrivibilità ad una superiore.*

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 ed ha una durata annuale salvo diverse indicazioni del prescrittore. Nel caso la incontinenza sia segnalata irreversibile la prescrizione si intende definitiva.*

**Valutazione della incontinenza urinaria**

Questionario ICI Q SF modificato *(allegato B)*

Risposta alla domanda 1

Risposta alla domanda 2

**Entità incontinenza urinaria**

**Lievissima  Lieve  Media  Grave  Gravissima**

**Data, Fare clic qui per immettere una data.**

**M.Spec./MMG/PLS: Fare clic qui per immettere testo.**

**Codice identificativo: Fare clic qui per immettere testo. Ambulatorio/U.O.: Fare clic qui per immettere testo.**

***Legenda per valutazione entità incontinenza urinaria. Riportare le risposte del questionario nella griglia sottostante***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Punteggio  domanda n°1  Punteggio  domanda n° 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2 | Lievissima | Lievissima | Lievissima | Lievissima | Lieve/Media/Grave\* | Gravissima |
| 4 | Lievissima | Lievissima | Lieve | Media | Grave/Gravissima\* | Gravissima |
| 6 | Lievissima | Media | Media | Grave | Gravissima | Gravissima |

*\* in considerazione della eterogeneità di tali categorie, il medico prescrittore può decidere l’entità dell’incontinenza sulla base dei dati clinici, oppure, per una maggiore definizione del problema, può indirizzare il pz allo specialista che oltre a condurre l’iter diagnostico e terapeutico adeguato valuterà la gravità della incontinenza e la conseguente necessità prescrittiva (classe di prescrivibilità).*

**Da compilare da parte del medico prescrittore o dai Servizi Assistenza Integrativa e Protesica**

**specificando la tipologia e la taglia degli ausili per incontinenza richiesti.**

**TIPOLOGIA PANNOLONE: Scegliere un elemento.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***barrare la classe*** | *Classi di prescrivibilità di assorbenza* | *Indicare il n° di pezzi prescritti nei*  *limiti dei tetti*  *massimi indicati* | *Indicare con* ***M***  *l’esigenza di* ***MODULABILITA’***  *della prescrizione*  *(a parità di costo complessivo)* | *Inserire i codici dei prodotti modulabili come da elenco “Prodotti prescrivibili”* | *Inserire il n° di pezzi per ogni codice di prodotto modulabile* |
|  | **Lievissima** | **NON INDICAZIONE**  **A PRESCRIZIONE** | **= = =** | **= = =** | **= = =** |
|  | **Lieve** (tetto max corrispondente al costo di 30 sagomati piccoli al mese) |  |  |  |  |
|  | **Media** (tetto max corrispondente al costo di 60 sagomati piccoli al mese) |  |  |  |  |
|  | **Grave** (tetto max corrispondente al costo di 90 sagomati grandi al mese) |  |  |  |  |
|  | **Gravissima** (tetto max corrispondente al costo di 120 pannoloni a mutandina grandi al mese) |  |  |  |  |

**Durata della prescrizione:**

N°mesi: (max 12 mesi, rinnovabili).

**Data, Fare clic qui per immettere una data.**

**M.Spec./MMG/PLS: Fare clic qui per immettere testo.**

**Codice identificativo: Fare clic qui per immettere testo. Ambulatorio/U.O.: Fare clic qui per immettere testo.**

# *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 assisite)**

**ICI-Q-SF**

**Cognome e nome**

**Data di nascita**

1. **Quanto spesso le capita di perdere urina?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Mai** |  |  | **0** |
| 1. **Meno di una volta a settimana** |  |  | **1** |
| 1. **Circa una volta alla settimana** |  |  | **2** |
| 1. **Due o tre volte alla settimana** |  |  | **3** |
| 1. **Circa una volta al giorno** |  |  | **4** |
| 1. **Più volte al giorno** |  |  | **5** |
| 1. **Perdo urina in continuazione** |  |  | **6** |
| **Mettere una “*X*” nella casella corrispondente alla risposta scelta** | **Punteggio** | **No** | **compilare** |

1. **Quanta urina perde per ogni singolo episodio di perdita?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Non perdo urina** |  |  | **0** |
| 1. **Perdo piccole quantità di urina** |  |  | **2** |
| 1. **Perdo modeste quantità di urina** |  |  | **4** |
| 1. **Perdo abbondanti quantità d’urina** |  |  | **6** |
| **Mettere una “*X*” nella casella corrispondente alla risposta scelta** | **Punteggio** | **No** | **compilare** |

1. **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)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **0** |  |  | **5** |  |
|  | **1** |  |  | **6** |  |
|  | **2** |  |  | **7** |  |
|  | **3** |  |  | **8** |  |
|  | **4** |  |  | **9** |  |
|  |  |  |  | **10** |  |
| **Mettere una “*X*” nella casella corrispondente alla risposta scelta** |  |  | **Punteggio** | **No** | **compilare** |

1. **Quando le capita di perdere urina?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Mai** |  |  |  |
| 1. **Perdo urina ancor prima di essere giunta in bagno** |  |  |  |
| 1. **Con colpi di tosse e gli starnuti** |  |  |  |
| 1. **Quando sono coricata** |  |  |  |
| 1. **Durante lo svolgimento di qualsiasi attività fisica** |  |  |  |
| 1. **Quando ho terminato di urinare e mi sto rivestendo** |  |  |  |
| 1. **Senza una particolare ragione** |  |  |  |
| 1. **Incontinenza continua** |  |  |  |
| **Mettere una “*X*” nella casella corrispondente alla risposta scelta** | **Questa domanda non genera punteggio** | | |