#

#  ALLEGATO A1 ASL 4 TERAMO - MODULO DI PRESCRIZIONE DI AUSILI PER L’ASSORBENZA

 **per pazienti con incontinenza**

 **U.O.C :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ALLEGATO A1**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome | Nome  |
| Data di nascita | Telefono |
| Residente in  | Via  |

## DIAGNOSI: Diagnosi circostanziata (specifica menomazione e/o disabilità in connessione con gli ausili per incontinenza):.…………….…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

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.*

**Entità incontinenza urinaria: Lieve Media Grave Gravissima**

 **Prima fornitura Rinnovo fornitura Variazione fornitura**

**Necessita di :**

 **Pannolone con adesivo laterale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ taglia Grande Medio Piccolo**

 **Pannolone sagomato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ taglia Grande Medio Piccolo**

 **Pannolone Pull-on(senza adesivo laterale)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ taglia Grande Medio Piccolo**

 **Pannolone Rettangolare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con barriera senza barriera**

  **Pannolone Abriman**

 **Pannolino Pampers \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 7-14 kg 15-22**  **15 x 30**

 **Traverse\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 80 x 180 60 x 90**

 **Altro………………………………………………………………………………………………………………..**

**A norma della Circolare Regione Abruzzo del 26/05/2017 - RA/142947, la condizione di avente diritto alle prestazioni è certificata dal Medico Specialista del Sistema Sanitario Nazionale, al fine di agevolare la fornitura ai pazienti affetti da patologie croniche che comportino incontinenza, è consentita ai MMG/PLS la prescrizione in favore dei propri assistiti, limitatamente ad un quantitativo massimo non superiore ai 60 pezzi mese al mese.**

**Data ……….………… Firma e timbro Medico**