



TIMBRO CENTRO PRESCRITTORE:

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE E DI
AUTORIZZAZIONE DEGLI
AUSILI ASSORBENTI PER PAZIENTI AFFETTI DA
INCONTINENZA URINARIA E FECALE CRONICA**

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Nome Cognome _____

Codice fiscale _____

Data di nascita _____

Indirizzo di residenza _____

Azienda ULSS di
residenza/Regione _____

Medico curante _____

Paziente affetto da INCONTINENZA URINARIA O FECALE CRONICA° (barrare l'entità rilevata tramite i questionari ICIQ-SF - per l'incontinenza urinaria - e Wexner-CCS - per l'incontinenza fecale)

<input type="checkbox"/> MODERATA	Pannoloni Mutandine di fissaggio Traverse	max 60/mese max 3/mese max 5/mese (di norma non necessarie)
<input type="checkbox"/> GRAVE	Pannoloni Mutandine di fissaggio Traverse	max 90/mese max 3/mese max 30/mese
<input type="checkbox"/> GRAVISSIMA	Pannoloni Mutandine di fissaggio Traverse	max 120/mese max 3/mese max 40/mese

Descrizione della disabilità:

Ausili assorbenti (barrare i prodotti necessari)

Quantità*

<input type="checkbox"/> Pannoloni	quantità in base all'entità^/mese
<input type="checkbox"/> Mutandine di fissaggio	quantità in base all'entità^/mese
<input type="checkbox"/> Traverse	quantità in base all'entità^/mese

PRIMA PRESCRIZIONE

RINNOVO O VARIAZIONE PRESCRIZIONE

Motivo del rinnovo o variazione prescrizione:

°La prescrizione degli ausili assorbenti è consentita solo in presenza di incontinenza urinaria o fecale cronica (incontinenza che persiste da più di 180 giorni) di grado moderato, grave o gravissimo.

*Si raccomanda di prescrivere gli ausili assorbenti in base alle necessità individuali, senza necessariamente raggiungere la quantità massima prescrivibile mensilmente

^Quantitativi superiori devono essere adeguatamente motivati (riportare di seguito la giustificazione):

.....
.....
.....



<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 80%; margin: auto;"> <p><i>Timbro e firma del medico prescrittore</i></p> </div>	<p>Data di compilazione</p> <p>Data scadenza prescrizione§</p>
<p>Nome e cognome del medico prescrittore:</p>	
<p>Medico specialista in: <input type="checkbox"/> urologia <input type="checkbox"/> ginecologia <input type="checkbox"/> chirurgia generale <input type="checkbox"/> fisiatria <input type="checkbox"/> pediatria</p>	
<p>Medico di Medicina Generale (MMG) <input type="checkbox"/></p>	

§la prescrizione dura fino alla successiva visita di controllo e comunque non più di un anno

AUTORIZZAZIONE ALLA FORNITURA DEI PRODOTTI PRESCRITTI
Spazio riservato al Distretto di residenza del paziente

<p>Azienda ULSS di residenza:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Vista la prescrizione del medico specialista o del MMG: sì no
<ul style="list-style-type: none"> • Verificata la competenza territoriale dell'utente: residente NON residente NON residente ma con richiesta autorizzazione Azienda ULSS di residenza
<ul style="list-style-type: none"> • Verificato il rispetto delle quantità erogabili: sì no
<ul style="list-style-type: none"> • Si autorizza la fornitura dei dispositivi medici sopra prescritti: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì nelle quantità _____

<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 80%; margin: auto;"> <p>Timbro e firma del Direttore del distretto (o delegato)</p> </div>	<p>Data di autorizzazione</p>
---	---

Nome e cognome del medico responsabile:

Eventuali note:

NB: Relativamente alla richiesta di autorizzazione l'Azienda Sanitaria deve esprimere un parere tempestivo (entro 2 giorni lavorativi) al fine di garantire l'erogazione dei prodotti richiesti ENTRO E NON OLTRE 5 giorni dal ricevimento del modello di prescrizione. In caso di rinnovo o variazione della prescrizione il parere va espresso entro 5 giorni lavorativi.
Si precisa che, ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017, gli ausili monouso non sono più erogati in regime di assistenza protesica ma come assistenza integrativa, pertanto non deve essere più accertata la condizione di invalidità del paziente.