



[Intestazione AULSS / Centro Autorizzato alla prescrizione]

PIANO RIABILITATIVO-ASSISTENZIALE INDIVIDUALE
DA CONSEGNARE AL DISTRETTO DI RESIDENZA - UFFICIO PROTESICA

DATI ANAGRAFICI DEL MEDICO PRESCRITTORE	
Nome Cognome	
Codice fiscale	
Data di nascita	
Ordine di appartenenza e n. iscrizione	
Azienda ULSS / ospedaliera	
Presidio Ospedaliero/Distretto SS	
Unità Operativa	
Qualifica	
Specializzazione	
Recapito telefonico	
E-mail	

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE	
Nome Cognome	
Data di nascita	
Comune di nascita	
Codice Fiscale (oppure identificativo ¹)	
Codice MPI (se disponibile)	
Indirizzo di residenza (via, CAP, comune, provincia)	
Codice e Denominazione Casa di Riposo/RSA – (se disponibile)	
Domicilio (via, CAP, comune, provincia) – se diverso dalla residenza	
Recapito telefonico	
Azienda ULSS di residenza/Regione	
Medico di Medicina Generale	
Azienda ULSS di competenza/erogazione	
Codice e Denominazione casa di riposo/RSA	
Cognome e Nome del Caregiver	
Recapito telefonico del Caregiver	



d620c15b



PIANO SPECIALISTICO	
Patologia/lesione che ha determinato la menomazione/disabilità	
Diagnosi (menomazione/disabilità)	
Codice diagnosi - ICD9 -CM	
Descrizione del programma di trattamento (indicare gli esiti attesi a medio e lungo termine)	
Modi e tempi d'uso dei prodotti	
Necessità di aiuto/supervisione nell'uso	
Possibili controindicazioni/limiti di utilizzo	
Follow-up previsto dopo: <input type="checkbox"/> 3 mesi <input type="checkbox"/> 6 mesi <input type="checkbox"/> 12 mesi <input type="checkbox"/> 24 mesi <input type="checkbox"/> altro	
Altre informazioni/note	



d620c15b



PRESCRIZIONE PROTESI/ORTESI/AUSILI					
<input type="checkbox"/> Urgente <input type="checkbox"/> Non urgente					
Motivazione dell'urgenza: <input type="checkbox"/> Assistito ricoverato nel territorio della ULSS di residenza dell'assistito <input type="checkbox"/> Assistito ricoverati fuori dal territorio dell'Azienda Sanitaria di residenza [art. 18 comma 4] <input type="checkbox"/> Altro (specificare)					
<input type="checkbox"/> PRIMA PRESCRIZIONE			<input type="checkbox"/> RINNOVO O VARIAZIONE PRESCRIZIONE		
Motivo del rinnovo o della variazione prescrizione:					
Tipologia di prodotto	Quantità	Codice ISO	Elenco	Eventuale riconducibilità (Art. 17 comma 5)	Riutilizzabile/ sanificabile/ assemblato
Prodotti extra- nomenclatore					
Eventuali adattamenti e personalizzazioni da effettuare					
ALTRE INFORMAZIONI DI PRESCRIZIONE					
Categoria di avente diritto: <input type="checkbox"/> verbale invalidità <input type="checkbox"/> domanda invalidità <input type="checkbox"/> istanza di aggravamento (in caso di invalidità non correlata) <input type="checkbox"/> art. 18, comma 1, lettera g) <input type="checkbox"/> certificazione malattia rara <input type="checkbox"/> disabilità transitoria* *Se il paziente è affetto da disabilità transitoria, la prescrizione potrà riguardare esclusivamente gli ausili inclusi nell'elenco 2B					
Collaudo* previsto?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO in data _____					
*Collaudo obbligatorio per gli ausili dell'elenco 1 e dell'elenco 2A					

Nome e Cognome (leggibili) del medico specialista
prescrittore – Referente PRAI

Data di compilazione

Timbro e firma del medico specialista prescrittore



d620c15b



COLLAUDO	
Data collaudo:	
Modalità collaudo:	
Esito:	<input type="checkbox"/> Idoneo e funzionale <input type="checkbox"/> Non idoneo
Motivazione della eventuale NON IDONEITA'	
Eventuali note:	
Motivazione della richiesta di collaudo	<input type="checkbox"/> il collaudo è previsto da normativa per la tipologia di ausilio/protesi/ortesi prescritta <input type="checkbox"/> il collaudo è stato richiesto dal paziente per mancata corrispondenza alla prescrizione, malfunzionamento o inidoneità tecnico-funzionale del dispositivo

Nome e Cognome (leggibili) del medico specialista che
ha effettuato il collaudo

Data di compilazione

Timbro e firma

--



d620c15b



