

ALLEGATO 1AB

COGNOME _____ NOME _____ ETA' _____

Nato a _____ il _____ C.F. _____

Residente in _____ Via _____ n° _____

Domiciliato in _____ Via _____ Telefono _____

Email _____

VALUTAZIONE DELLA DISABILITÀ E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Vedi retro per dettaglio*

 Paziente allettato

 Incontinenza LIEVE

 Paziente assimilabile ad allettato

 Incontinenza MEDIA

 Paziente con catetere

 Incontinenza GRAVE

 Incontinenza GRAVISSIMA

Diagnosi clinica _____

Tempo impiego previsto _____

PRESIDI EROGABILI

DESCRIZIONE	TAGLIA (S, M, L, XL)
PANNOLONI A MUTANDINA (STRAPPO CON ADESIVI DA ALLETTATO)	
PANTS (PANNO MUTANDA ELASTICIZZATO,PAZ.TE SEMIAUTONOMO)	
PANNOLONE FLEX (PANN.CON CINTURA VELCRO)	
PANNOLONE SAGOMATO (ASSORBENTE CON FORMA ANATOMICA)	
MUTANDA DI FISSAGGIO ELASTICIZZATA (IN MICROFIBRA)	
ASSORBENTE LIGHT (DONNA)	
ASSORBENTE A TRIANGOLO SALVAGOCCIA (UOMO)	
TRAVERSE SALVAMATERASSO 60 X 90	
TRAVERSE SALVAMATERASSO 80 X 100	
PANNI BAMBINO (PANTS O MUTANDINA CON ADESIVI)	

DATA _____

 Il Medico prescrittore timbro e firma

NOTE

La presente richiesta deve essere accompagnata dalla prescrizione dei presidi su ricettario SSN

* DESCRIZIONE GRADI DI INCONTINENZA

Livello di incontinenza	Descrizione
Lieve	Incontinenza urinaria occasionale/da sforzo, con presenza dello stimolo. Fino a 2-3 episodi giornalieri.
Media	Incontinenza stabile, con presenza dello stimolo, ma assenza di controllo (anche fecale in circa 10% dei casi). Fino a 4-5 episodi giornalieri per incontinenza urinaria e/o 1 episodio per incontinenza fecale.
Grave	Incontinenza cronica e stabilizzata, con assenza dello stimolo. Fino a 5-6 episodi giornalieri per perdita di urina, o 2-3 episodi per perdita di feci, ovvero incontinenza sia urinaria che fecale
Gravissima	Assenza dello stimolo, allettati con defecazione e minzione eccessiva ("incontinenza continua"), causata da particolari condizioni patologiche (es. patologie neuronali, SLA, paraplegia, etc.) ed uso di farmaci.

SPECIFICHE TAGLIE

MISURA S = per pazienti con circonferenza vita: da 50 cm a 80 cm; peso < 40 Kg

MISURA M = per pazienti con circonferenza vita: da 70 cm a 110 cm; peso: da 40 Kg a 70 Kg

MISURA L = per pazienti con circonferenza vita: da 100 cm a 150 cm; peso dai 70 kg

MISURA XL = per pazienti con circonferenza vita: > 150 cm; peso oltre i 100 Kg

N.B.

- non verranno accettate le richieste incomplete o compilate parzialmente;
- per il grado di incontinenza **GRAVISSIMO** deve essere descritta dettagliatamente la diagnosi clinica o eventuale terapia farmacologica che giustifichi tale richiesta.