



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

Table with 2 columns: Field Name, Value. Fields include: Nome Cognome, Codice fiscale, Data di nascita, Indirizzo di residenza, Azienda ULSS di residenza/Regione, Numero di Telefono, Medico curante.

Il paziente è affetto da (barrare il tipo di incontinenza riscontrata):
[] Incontinenza urinaria [] Incontinenza fecale [] Incontinenza urinaria e fecale

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)

Table with 3 columns: Severity (MODERATA, GRAVE, GRAVISSIMA), Product types (Pannoloni, Mutandine di fissaggio, Traverse), and Maximum quantity per month.

Descrizione della patologia correlata all'incontinenza:

Il paziente presenta^: [] Gravi deficit cognitivi [] Gravi patologie invalidanti [] Gravi deficit motori

[] PRIMA PRESCRIZIONE [] VARIAZIONE DELLA FORNITURA [] RINNOVO

Table with 2 columns: Ausili assorbenti (barrare i prodotti necessari), Quantità*. Rows for Pannoloni, Mutandine di fissaggio, and Traverse.

°La prescrizione degli ausili assorbenti è consentita solo in presenza di incontinenza urinaria o fecale cronica (incontinenza che persiste da più di 180 giorni o viene considerata irreversibile) 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.

^Nei pazienti che presentano gravi deficit cognitivi o motori o gravi patologie invalidanti i quantitativi superiori devono essere adeguatamente motivati (riportare di seguito la motivazione clinica):

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



<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <i>Timbro e firma del medico prescrittore</i> </div>	Data di compilazione	Durata prescrizione in mesi [§] : _____ È previsto il rinnovo automatico della prescrizione: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Rinnovo automatico di mesi: _____
---	-------------------------------	---

Nome e cognome del medico prescrittore:

Medico specialista in: urologia ginecologia chirurgia generale/pediatria fisioterapia pediatria geriatria

Medico di Medicina Generale (MMG) Pediatra di Libera Scelta (PLS)

§La prescrizione può avere una durata massima di un anno; è consentito il rinnovo automatico della prescrizione per ulteriori due anni consecutivi, successivamente il medico dovrà rivedere il paziente e redigere una nuova prescrizione. La prescrizione si rinnova per un periodo analogo a quello previsto in fase di prima prescrizione.

IDENTIFICAZIONE DEL PRODOTTO SPECIFICO
Spazio riservato al Medico prescrittore e/o al counselor**

Sulla base delle categorie di ausili prescritti, identificare il prodotto specifico
(indicare Codice prodotto specifico- CodRef)

Ausili assorbenti	Codice prodotto specifico (CodRef)
<input type="checkbox"/> Pannoloni	
<input type="checkbox"/> Mutandine di fissaggio	
<input type="checkbox"/> Traverse	

Motivo della richiesta di variazione della fornitura:

variazione delle condizioni cliniche

assorbenza insufficiente dell'ausilio

allergia

altro (riportare di seguito la causa)

L'identificazione del prodotto è effettuata da parte del:

Medico specialista MMG/PLS Counselor

Nome e cognome del counselor (da compilare solo se la scelta dell'ausilio è effettuata dal Counselor):

.....

Firma del counselor e timbro della Azienda

N.B: Come previsto dalla gara regionale, al fine di verificare l'appropriatezza dell'ausilio stesso, per la prima consegna sarà erogato un quantitativo di ausili non superiore a 30 giorni di fabbisogno, periodo entro il quale il paziente/caregiver supportato dal counselor (o medico prescrittore) può verificare l'eventuale inadeguatezza dell'ausilio in uso e quindi la variazione di detto ausilio con un altro aggiudicato in gara.

**Counselor: infermiere od un'ostetrica etc., esperti nell'ambito della continenza (che operano all'interno della ULSS), che sulla base delle categorie di ausili (pannoloni, mutandine, traverse) prescritte dal medico, descrivono al paziente le differenti caratteristiche degli ausili disponibili ed individuano, insieme al paziente stesso, la giusta combinazione di prodotti.



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

Azienda ULSS di residenza:

- Vista la prescrizione del medico specialista o del MMG/PLS: sì no
- Verificata la competenza territoriale, l'utente risulta:
 - residente NON residente (rivolgersi alla ULSS di residenza)
 - domiciliato con richiesta autorizzazione Azienda ULSS di residenza
- Verificato il rispetto delle quantità erogabili: sì no
- Si autorizza la fornitura dei dispositivi medici sopra prescritti:
 - sì no sì nelle quantità _____

Timbro e firma del Direttore del distretto
(o delegato)

Data di autorizzazione

.....

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 dell'autorizzazione. In caso di rinnovo o variazione della prescrizione il parere va espresso entro 5 giorni lavorativi dalla data di ricezione della stessa.

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.