

DISTRETTO SANITARIO AREA MARSICA

U.O.S.D. RIABILITAZIONE TERRITORIALE

Responsabile: Dott.ssa Rosa Prencipe

**MODULO DI DOMANDA PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA PROTESICA
(D.M. 332/99 E S.M.E I.)**

Al Responsabile Ufficio Protesica Distretto 2

Il/la sottoscritto/a _____

DICHIARA

Di essere nato/a _____ il _____

Residente a _____ prov. (_____)

In via _____ n° telef. _____

Documento di riconoscimento n° _____ rilasciato da _____

Indirizzo per ogni eventuale comunicazione _____

E CHIEDE LA CONCESSIONE DI _____

per sé

per il minore sotto indicato *(ai sensi del DPR 445/2000)

per la persona sotto indicata*(ai sensi del DPR 445/2000)

Cognome _____ nome _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____ prov (_____)

In via _____ CAP _____

è attualmente ricoverato presso la struttura sanitaria (SPECIFICARE QUALE)

è un paziente in ADI

non è un paziente in ADI

prima richiesta

rinnovo

A tal fine allega:

prescrizione medica

preventivo di spesa

copia del verbale di invalidità

altro _____

Avezzano, _____

Firma (leggibile)

se diverso dall'interessato in qualità di

*** Informazioni ai sensi del DPR 445/00**

Se l'interessato è **minore** firma uno dei genitori o chi ha la potestà genitoriale (art.5).

Se l'interessato è **interdetto/inabilitato** firma il tutore/curatore (art.5)

Nel caso in cui l'interessato si trovi temporaneamente impedito a causa del suo stato di salute può firmare il coniuge o, in sua assenza, i figli o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (art.4)

Qualora la presente istanza non venisse firmata dall'interessato in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione perché inviata tramite servizio postale o con altra modalità, deve essere presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di identità del sottoscrittore (art.38 del DPR 445/2000).

Si rende noto che l'istanza contiene dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà, rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/10/2000 ed è quindi soggetta alle pene previste dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000.

sottoscritta, e presentata unitamente a copia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

Ai sensi dell'articolo 38 del DPR 445/2000, la presente dichiarazione è stata:

sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto

(firma leggibile del dipendente addetto)

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO PROTESICA

SI AUTORIZZA
 NON SI AUTORIZZA

(IL RESPONSABILE)

(IL RESPONSABILE AMMINISTRATIVO DEL PROCEDIMENTO)

**UOSD RIABILITAZIONE TERRITORIALE
Responsabile: Dott.ssa Rosa Prencipe**

Al Responsabile Ufficio Protesica Distretto 2

Il/la sottoscritto/a -----

DICHIARA

di aver presentato in data odierna istanza per la concessione di

in nome e per conto di (compilare solo se delegato)

allegando preventivo di spesa della ditta

Avezzano, _____

Firma (leggibile)

TIMBRO STRUTTURA SANITARIA DEL S.S.N.

ALLEGATO 2

PRESCRIZIONE DEI DISPOSITIVI PROTESICI A CARICO DEL S.S.N., IN CONFORMITA' DI QUANTO PREVISTO DAL D.M. 27.08.99 N.332 e s.m.i..

Signor _____

Nat ___ a _____ il _____

Residente in via _____ n. _____ località _____

Medico curante _____

Diagnosi circostanziata in base a completa valutazione clinica e, se necessario, strumentale _____

PRESCRIZIONE dispositivi Con relativo codice ai sensi del nomenclatore tariffario vigente:

<i>Presidio</i>	<i>Codice</i>	<i>Quantità mensile e Codice Minsan*</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

* QUESTA VOCE riguarda gli ausili per stomie, i cateteri vescicali ed esterni, i raccoglitori per urina, gli assorbenti l'urina, gli ausili per la prevenzione e trattamento lesioni cutane (nomenclatore tariffario regionale Deliberazione G.R. N.1372 del 29/12/2004) nonché altro materiale speciale antidecubito (elenco n°2 nomenclatore degli ausili tecnici di serie classificazione ISO 9999; 1998)

Significato terapeutico-riabilitativo _____

Modalità, limiti e tempi d'impiego del presidio _____

Possibili controindicazioni _____

Variazioni prevedibili nel tempo _____

Menomazione * _____

***Specificare se la menomazione è temporanea o permanente**

N.B. Se la richiesta di fornitura è successiva alla prima, dichiarare lo stato attuale del precedente presidio (indicare se idoneo, usurato o non convenientemente riparabile)

Per il collaudo l'assistito o chi per lui (in tal caso con documento di riconoscimento) dovrà presentarsi entro 20 giorni dalla data di consegna **presso questa U.O. (munito di copia della presente prescrizione)**, nei giorni di:

_____ dalle ore _____ alle ore _____

_____ dalle ore _____ alle ore _____

munito del dispositivo prescritto. Il collaudo verrà effettuato dallo specialista prescrittore o da un medico della sua U.O.(art.4 del D.M.332/99)

N.B. – Si allega certificato audiometrico (da utilizzare per prescrizioni di protesi acustiche).

Si dichiara di aver provveduto ad informare il paziente (e/o chi lo assiste) sulle caratteristiche funzionali e terapeutiche e sulle modalità di utilizzo del dispositivo prescritto.

Data del rilascio

Firma con timbro *

*** non verranno accolte richieste non completate in ogni parte e/o prive di timbro e firma leggibile del medico prescrittore.**

Decreto 27 agosto 1999, n°332

Art. 4

2. La prescrizione dei dispositivi protesici è redatta da Medico specialistica del S.s.n., dipendente o convenzionato, competente per tipologia di menomazione o disabilità

3. La prescrizione costituisce parte integrante di un programma, cura e riabilitazione delle lesioni o loro esiti che, singolarmente, per concorso o coesistenza, determinano la menomazione o disabilità. A tal fine, la prima prescrizione di un dispositivo deve comprendere:

- a) Una diagnosi circostanziata, che scaturisca da una completa valutazione clinica e strumentale dell'assistito;*
- b) L'indicazione del dispositivo protesico, ortesico o dell'ausilio prescritto, completa del codice identificativo riportato nel nomenclatore, e l'indicazione degli eventuali adattamenti necessari per la sua personalizzazione;*
- c) Un programma terapeutico di utilizzo del dispositivo comprendente: il significato terapeutico e riabilitativo; le modalità, i limiti e la prevedibile durata di impiego del dispositivo; le possibili controindicazioni; le modalità di verifica del dispositivo in relazione all'andamento del programma terapeutico.*

4. la prescrizione è integrata da una esauriente informazione al paziente ed eventualmente a chi lo assiste, sulle caratteristiche funzionali e terapeutiche e sulle modalità di utilizzo del dispositivo stesso.

.....-5. -6. -7. -8. -9. omissis

10. Il collaudo accerta la congruenza clinica e la corrispondenza del dispositivo ai termini dell'autorizzazione ed è effettuato entro venti giorni dalla data di consegna, omissis

11....12. – 13. ... omissis.



DIPARTIMENTO PER LA SALUTE E IL WELFARE
Servizio Contratti erogatori privati e Sistema di remunerazione delle prestazioni Rete Territoriale e Ospedaliera

ALLEGATO A MODULO DI PRESCRIZIONE DI AUSILI PER L'ASSORBENZA
per pazienti con incontinenza stabilizzata

ALLEGATO A

Cognome	Nome
Data di nascita	Telefono
Residente in	Via

Diagnosi circostanziata (specifica menomazione e/o disabilità in connessione con gli ausili per incontinenza)

	PRESIDIO PRESCRITTO	CODICE
1.		
2.		
3.		

Incontinenza urinaria: tipo:

- da sforzo** (quando le perdite di urina sono in occasione di uno sforzo, attività fisica, tosse, starnuto o altra causa di aumento della pressione addominale)
- da urgenza** (quando le perdite di urina sono accompagnate o precedute da uno stimolo minzionale improvviso, impellente, improcrastinabile)
 - mista** (da sforzo e da urgenza)
 - non classificabile** (perdite non chiaramente riconducibili a una delle situazioni precedenti).

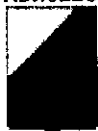
- Ritenzione urinaria** (Se si segnalare) completa parziale
- Incontinenza fecale** (Se si segnalare) con feci solide con feci liquide

Il paziente utilizza : Catetere vescicale a dimora Cateterismo ad intermittenza

Sono presenti **fattori influenzanti la gestione della incontinenza?**

- grave deficit cognitivo
- grave deficit motorio *specificare se:* non deambulante o con grave difficoltà grave compromissione della manualità
- Incontinenza fecale concomitante
- Eritemi /Lesioni cutanee nelle regioni coperte dagli ausili assorbenti

In presenza di anche uno di tali fattori il prescrittore può cambiare la classe di prescrivibilità ad una superiore.



DIPARTIMENTO PER LA SALUTE E IL WELFARE

Servizio Contratti erogatori privati e Sistema di remunerazione delle prestazioni Rete Territoriale e Ospedaliera

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.

Valutazione della incontinenza urinaria

Questionario ICI Q SF modificato – *Questionario per il paziente*

Risposta alla domanda 1 _____

Risposta alla domanda 2 _____

Entità incontinenza urinaria

Lievissima Lieve Media Grave Gravissima

Legenda per valutazione entità incontinenza urinaria. Riportare le risposte del questionario nella griglia sottostante

Punteggio → domanda n°1	1	2	3	4	5	6
↓ Punteggio domanda n° 2						
2	Lievissima	Lievissima	Lievissima	Lievissima	Lieve/Media/Grave*	Gravissima
4	Lievissima	Lievissima	Lieve	Media	Grave/Gravissima*	Gravissima
6	Lievissima	Media	Media	Grave	Gravissima	Gravissima

Data

Firma e timbro medico



DIPARTIMENTO PER LA SALUTE E IL WELFARE

Servizio Contratti erogatori privati e Sistema di remunerazione delle prestazioni Rete Territoriale e Ospedaliera

Da compilare da parte del medico prescrittore o dai Servizi Assistenza Integrativa e Protetica

<i>barrare la classe</i>	<i>Classi di prescrivibilità di assorbenza</i>	<i>Indicare il n° di pezzi prescritti nei limiti dei tetti massimi indicati</i>	<i>Indicare con M l'esigenza di MODULABILITA' della prescrizione (a parità di costo complessivo)</i>	<i>Inserire i codici dei prodotti modulabili come da elenco "Prodotti prescrivibili"</i>	<i>Inserire il n° di pezzi per ogni codice di prodotto modulabile</i>
	Lievissima	NON INDICAZIONE A PRESCRIZIONE	===	===	===
	Lieve (tetto max corrispondente a 30 sagomati al mese)				
	Media (tetto max corrispondente a 60 sagomati al mese)				
	Grave (tetto max corrispondente a 90 sagomati grandi al mese)				
	Gravissima (tetto max corrispondente a 120 pannoloni a mutandina grandi al mese)				

Durata della prescrizione:

- N° mesi (incontinenza stabilizzata)
 Annuale (incontinenza stabilizzata)

- Definitiva (incontinenza irreversibile)

Data

IL COMPILATORE



DIPARTIMENTO PER LA SALUTE E IL WELFARE
Servizio Contratti erogatori privati e Sistema di remunerazione delle prestazioni Rete Territoriale e Ospedaliera

QUESTIONARIO PER IL PAZIENTE

(nel caso in cui il paziente non sia in grado di compilare direttamente il questionario, questo deve essere compilato dalla persona che lo assiste)

ICI-Q-SF

Cognome e nome _____ Data di nascita _____

1. Quanto spesso le capita di perdere urina?

- 0. Mai
- 1. Meno di una volta a settimana
- 2. Circa una volta alla settimana
- 3. Due o tre volte alla settimana
- 4. Circa una volta al giorno
- 5. Più volte al giorno
- 6. Perdo urina in continuazione

0
1
2
3
4
5
6

Mettere una "X" nella casella corrispondente alla risposta scelta

Punteggio

	compilare
--	-----------

2. Quanta urina perde per ogni singolo episodio di perdita?

- a. Non perdo urina
- b. Perdo piccole quantità di urina
- c. Perdo modeste quantità di urina
- d. Perdo abbondanti quantità d'urina

0
2
4
6

Mettere una "X" nella casella corrispondente alla risposta scelta

Punteggio

	compilare
--	-----------

3. Nel complesso, quanto la sua incontinenza urinaria interferisce negativamente con la sua vita quotidiana da 0 a 10?

(rispondere solo se il questionario è compilato direttamente dal paziente)

0	
1	
2	
3	
4	

5	
6	
7	
8	
9	
10	

Mettere una "X" nella casella corrispondente alla risposta scelta

Punteggio

compilare

4. Quando le capita di perdere urina?

- a. Mai
- b. Perdo urina ancor prima di essere giunta in bagno
- c. Con colpi di tosse e gli starnuti
- d. Quando sono coricata
- e. Durante lo svolgimento di qualsiasi attività fisica
- f. Quando ho terminato di urinare e mi sto rivestendo
- g. Senza una particolare ragione
- h. Incontinenza continua

Mettere una "X" nella casella corrispondente alla risposta scelta

Questa domanda non genera punteggio



REGIONE ABRUZZO – ASL 1 AVEZZANO SULMONA L'AQUILA

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(Basi giuridiche di riferimento: artt. 6.1.a) e 9.2.a), 7 Regolamento UE 679/2016)

Premesso che il presente Modello integra il Modello di Informativa, di cui si dichiara di avere preso visione,
Il sottoscritto _____ nato a _____
il ____ / ____ / ____; residente a _____ in via _____
C.F. _____

In qualità di diretto interessato o esercente la potestà genitoriale / la tutela / la curatela / l'amministrazione di sostegno sul soggetto beneficiario della prestazione sanitaria richiesta,

_____ (nome e cognome)

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg. UE 679/2016, consapevole che il trattamento riguarderà i propri dati personali e appartenenti a particolari categorie (vedi informativa)

AUTORIZZA

- **che sia data comunicazione in ordine al proprio stato di salute alle sotto indicate persone:**
 - a nessuno
 - al proprio medico curante _____
 - a _____
SI (.....) NO (....) REVOCA (.....) (se precedentemente prestato)
- **che la sua presenza nella Struttura Sanitaria sia comunicata alle sotto indicate persone:**
 - a nessuno
 - a _____ (indicazioni specifiche)
SI (.....) NO (....) REVOCA (.....) (se precedentemente prestato)
- **che tali dati potranno essere trattati anche attraverso riprese visive qualora ritenuto utile per le cure o per finalità di studio:**
SI (.....) NO (....) REVOCA (.....) (se precedentemente prestato)
- **che tali dati potranno essere trattati per finalità di ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico:**
SI (.....) NO (....) REVOCA (.....) (se precedentemente prestato)
- **a ricevere un messaggio per finalità organizzative contatto paziente e conferma appuntamenti;**
 - a mezzo contatto telefonico e/o sms sul numero _____ :
SI (.....) NO (....) REVOCA (.....) (se precedentemente prestato)
 - a mezzo posta elettronica all'indirizzo _____
SI (.....) NO (....) REVOCA (.....) (se precedentemente prestato)

Firma (leggibile) dell'Interessato: _____

Documento di riconoscimento tipo _____

n. _____ rilasciato da _____ Data
____/____/____

ovvero

Data _____ Firma _____ Doc. n _____
(se esercente la potestà o il tutore)

Il genitore presente dichiara che l'altro genitore esercitante la patria potestà è informato e acconsente al trattamento dei dati personali del minore.

ovvero

Considerato che l'interessato/a Sig./Sig.ra

.....
non può prestare il proprio consenso per impossibilità psico fisica, per incapacità, anche temporanea, di agire o per incapacità di intendere o di volere, il sottoscritto (*in stampatello*):

.....
n° documento identitàrilasciato da

.....
il..... C.F.....

- Familiare (indicare il rapporto di parentela)
- Convivente
- Responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato
- Amministratore di Sostegno

acconsente al trattamento dei dati sensibili sanitari dell'interessato nell'ambito e per le finalità indicate nell'informativa e si impegna, non appena il paziente sia in grado di prestare autonomamente il proprio consenso, a comunicargli di averlo prestato in sua vece e luogo e della possibilità di revocarlo.

Con la firma del presente Modello dichiaro esplicitamente di avere letto e compreso la INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI redatta ai sensi dell'art. 13/14 del Regolamento UE 679/2016 e di esprimere il mio libero e inequivocabile consenso al trattamento per le seguenti specifiche finalità, legate al trattamento dei dati personali.

DataFirma del dichiarante