

PRESCRIZIONE AUSILI PER INCONTINENZA

DATI ANAGRAFICI ASSISTITO:

Cognome Nome Data di nascita

Residenza Tel.

Domicilio (se diverso dalla residenza)

Tessera Sanitaria C. F.

DIAGNOSI

- affetto da incontinenza cronica urinaria fecale mista, documentata nel certificato di invalidità
- invalido civile per¹ con incontinenza cronica urinaria fecale mista
- istante in attesa di accertamento dell'invalidità che si trova in condizioni di non autosufficienza per² con incontinenza cronica urinaria fecale mista
- minore di anni 18 affetto da con incontinenza cronica urinaria fecale mista

PRESCRIZIONE

AUSILI PER INCONTINENZA AD ASSORBENZA

COD. ISO 09.30.04

- Pannolone a mutandina Formato grande Formato medio Formato piccolo
- Pannolone sagomato Formato grande Formato medio Formato piccolo
- Pannolone rettangolare Formato unico
- Pannolone tipo LADY

COD. ISO 18.12.15

- Traversa assorbente Rimboccabile Non rimboccabile

AUSILI PER INCONTINENZA A RACCOLTA

- Catetere a permanenza tipo Foley COD. ISO 09.24.03.003
- Sacca di raccolta per urina da gamba monouso COD. ISO 09.27.04.003
- Sacca di raccolta per urina da letto monouso COD. ISO 09.27.07.003

Data

IL MEDICO PRESCRITTORE
Timbro con cod. reg. e firma

* campi obbligatori

¹ indicare la patologia specificata sul verbale d'invalidità comportante un'incontinenza cronica (es. demenza, grave ictus, gravi patologie neuro degenerative....)

² indicare la patologia causa di non autosufficienza, certificata sull'istanza di Invalidità Civile e comportante un'incontinenza cronica (es. demenza, grave ictus, gravi patologie neuro degenerative....)