

## 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 per .....<sup>1</sup> con incontinenza cronica  urinaria  fecale  mista
- istante in attesa di accertamento dell'invalidità che si trova in condizioni di non autosufficienza per .....<sup>2</sup> 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

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

<sup>2</sup> 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....)