

ALLEGATO 1 B

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
Modello di Prescrizione per il M.M.G. e PLS

ASSISTITO

NOME _____ COGNOME _____ ETÀ: _____

Nato a _____ il _____ C.F. _____

Residente in _____ Via _____ N° _____

VALUTAZIONE DELLA DISABILITÀ E PROGRAMMA RIABILITATIVO

- Paziente allettato
- Paziente allettato assistito in ADI
- Paziente allettato assistito in ADP

Diagnosi clinica _____

Valutazione del deficit _____

Tempi di impiego previsti _____

PRESIDI PROPOSTI

Descrizione Presidio (vedi retro pagina)	Codice ISO	Quantità

Data _____

Il Medico di Medicina Generale/Il Pediatra di libera scelta

Note:

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

Ausili e presidi prescrivibili

DESCRIZIONE	QUANTITÀ	CODICE
Pannolone a mutandina formato grande	Massimo 120 pz./mese	09.30.04.003
Pannolone a mutandina formato medio	Massimo 120 pz./mese	09.30.04.006
Pannolone a mutandina formato piccolo	Massimo 120 pz./mese	09.30.04.009
Pannolone sagomato formato grande	Massimo 120 pz./mese	09.30.04.012
Pannolone sagomato formato medio	Massimo 120 pz./mese	09.30.04.015
Pannolone sagomato formato piccolo	Massimo 120 pz./mese	09.30.04.018
Mutande elastiche riutilizzabili formato grande	Massimo 3 pz./mese	09.30.09.003
Mutande elastiche riutilizzabili formato medio	Massimo 3 pz./mese	09.30.09.006
Mutande elastiche riutilizzabili formato piccolo	Massimo 3 pz./mese	09.30.09.009
Pannolone rettangolare	Massimo 150 pz./mese	09.30.04.021
Pannolini mutandine x bambini misura grande	Massimo 120 pz./mese	Riconducibili al codice 09.30.04.003
Pannolini mutandine x bambini misura media	Massimo 180 pz./mese	Riconducibili al codice 09.30.04.006
Pannolini mutandine x bambini misura piccola	Massimo 180 pz./mese	Riconducibili al codice 09.30.04.009
Traverse salvamaterasso rimboccabili formato 80 x 180	Massimo 120 pz./mese	18.12.15.003
Traverse salvamaterasso non rimboccabili formato 60 x 90	Massimo 120 pz./mese	18.12.15.006
Cateteri vescicali a permanenza	Massimo 2 pz./mese	09.24.03.003
Cateteri esterni	Massimo 30 pz./mese	09.24.09.003
Raccoglitori x urina da gamba	Massimo 30 pz./mese	09.027.04.003
Raccoglitori x urina da letto	Massimo 30 pz./mese	09.27.04.006

DESCRIZIONE	CODICE
Letto ortopedico a 1 manovella	18.12.07.003
Letto ortopedico a 2 manovelle	18.12.07.006
Supporto x alzarsi dal letto	12.30.09.103
Sponde x letto	18.12.27.103
Materasso ventilato in espanso	03.33.06.003
Materasso ad aria con compressore	03.33.06.018