

PRESCRIZIONE AUSILI DI ASSORBENZA

DISTRETTO SOCIO SANITARIO

☐ 1° Prescrizione

☐ Variazione

☐ Rinnovo

Cognome

Nome

Data Nascita

Codice Fiscale

Residenza (indicato su Documento Identità)

Indirizzo

Residenza (effettiva)

Indirizzo (luogo consegna)

Care Giver

N. cellulare

Note

n. tel aggiuntivo

Indirizzo mail

ANAMNESI – PERCORSO VALUTATIVO

Livello autonomia

☐ Autosufficiente

☐ Deambulante

☐ Dipendente

☐ Collaborativo

☐ Parz. autosufficiente

☐ Non autosufficiente

☐ Non deambulante

☐ Indipendente

☐ Carrozzina

☐ Allettato

Tipo incontinenza

☐ Urinaria

☐ Fecale

☐ Doppia

☐ Funzionale

☐ Da rigurgito

☐ Occasionale

☐ Da urgenza

Periodicità

☐ Diurna

☐ Notturna

☐ 24 ore

Note

☐ Terapia diuretica

☐ Terapia infusiva

☐ Portatore catetere

☐ Utilizzo ausili antidecubito

DESCRIZIONE E QUANTITA' PRODOTTI

Cod. ISO	Famiglia prodotto	Tg	Assorbenza	Q.tà	Cod. ISO	Famiglia prodotto	Tg	Assorbenza	Q.tà
R. 09.30.18.054	Sagomato Light		NORMAL		09.30.21.009	Pann. Mut. Giorno	S	EXTRA	
R. 09.30.18.054	Sagomato Light		EXTRA		09.30.21.006	Pann. Mut. Giorno	M		
R. 09.30.18.054	Sagomato Light		SUPER		09.30.21.003	Pann. Mut. Giorno	L		
09.30.18.057	Protezione uomo				09.30.21.003	Pann. Mut. Giorno	XL		
R. 09.30.21.006	Pann. Cintura	M	EXTRA		09.30.21.015	Pann. Mut. Notte	M	SUPER	
R. 09.30.21.003	Pann. Cintura	L			09.30.21.012	Pann. Mut. Notte	L		
09.30.18.054	Sagomato	S	PLUS		09.30.24.063	Pants	S	EXTRA	
09.30.18.051	Sagomato	M	EXTRA		09.30.24.063	Pants	M		
09.30.18.048	Sagomato	L	SUPER		09.30.24.063	Pants	L		
R. 09.30.0.048	Sagomato	XL	MAXI		09.30.24.063	Pants	XL		
09.30.42.006	Traversa	60x90			09.30.04.060	Rettangolare	C/B		
09.30.42.003	Traversa	80x180			09.30.04.060	Rettangolare	S/B		
09.30.39.012	Mutande a rete	PICCOLA			09.30.12.042	Pann. Bambino	4-9 Kg		
09.30.39.009	Mutande a rete	MEDIA			09.30.12.042	Pann. Bambino	7-18 Kg		
09.30.39.006	Mutande a rete	GRANDE			09.30.12.045	Pann. Bambino	11-25 Kg		
09.30.39.003	Mutande a rete	XL			R. 09.30.12.045	Pann. Bambino	15-30 Kg		

Inizio Fornitura

Scadenza Piano

Firma per ricevuta

Il Dirigente Servizio Protesi

AUTORIZZO ai sensi e per gli effetti di cui al DL.vo 196/03 (codice in materia del trattamento dei dati personali) l’ASL ed il fornitore degli ausili al trattamento, comunicazione ed utilizzo dei dati personali e sensibili dell’avente diritto sopra identificato, con osservanza delle disposizioni di legge e dell’Autorità Garante. Confermo di aver ricevuto l’informativa secondo quanto previsto dall’art. 7 DL.vo 196/03 e di essere a conoscenza che, in base all’articolo stesso, potrò in qualsiasi momento avere accesso ai miei dati, conoscere i soggetti a cui sono stati trasmessi, chiederne la modifica o la cancellazione ed oppormi al loro trattamento o utilizzo.

Firma dell’Utente