

**Da inviare via mail: [assorbenza@asl5.liguria.it](mailto:assorbenza@asl5.liguria.it)**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ (obbligatorio) e mail \_\_\_\_\_

Residenza fiscale in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Luogo di consegna (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

Prima prescrizione  Rivalutazione/rinnovo

Diagnosi: paziente in condizioni di ridotta autosufficienza affetto da incontinenza stabilizzata / cronica dovuta a :

L'incontinenza è (barrare se 1 o 2 e la tipologia di incontinenza):

**1.Cronica Grave**

**2.Patologia Cronica Grave che obbliga all'allettamento**

**Tipologia di incontinenza:**  **URINARIA**  **FECALE**

Presenza di fattori influenzanti la gestione della incontinenza:

- portatore di Catetere vescicale a permanenza
- Cateterismo ad intermittenza
- allettato

**Durata della prescrizione** \_\_\_\_\_ **(max 12 mesi)**

**Dettagli prescrizione** \_\_\_\_\_

Con la sottoscrizione della presente il medico prescrittore, consultato se del caso lo specialista, certifica, ai fini sanitari ed amministrativi, che il paziente è affetto da patologia cronica grave e la sussistenza delle condizioni specifiche previste dal DPCM 12 gennaio 2017 per l'erogazione degli ausili assorbenti per l'incontinenza,

Data \_\_\_\_\_

Firma CF e Timbro Medico \_\_\_\_\_

**Parte riservata alla ASL**

Autorizzazione nr \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma e Timbro ASL  
per autorizzazione \_\_\_\_\_