

Da inviare via mail: 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 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)

Note Sanitarie _____

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

**PRESCRIZIONE PRESIDI
ASSORBENTI PER INCONTINENZA
PER PAZIENTI A DOMICILIO**

codice LEA 09.30 (Allegato 2 DPCM 12/01/2017)

Rev. 0

Pag.2/2

per autorizzazione