

**Dati dell'assistito:** Cognome e Nome: \_\_\_\_\_


Data di nascita: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Domicilio dove consegnare gli ausili (se diverso dalla residenza): \_\_\_\_\_

Diagnosi: \_\_\_\_\_

 Invalidità riconosciuta       invalidità in corso di riconoscimento (solo in caso di urgenza)

PRESCRIZIONE BARRARE CON UNA X	DESCRIZIONE	IMMAGINE ESEMPLIFICATIVA	RIPARAZIONE	PRESCRIZIONE BARRARE CON UNA X	DESCRIZIONE	IMMAGINE ESEMPLIFICATIVA	RIPARAZIONE
<input type="checkbox"/>	LETTO A 2 MANOVELLE (cod. 18.12.07.003)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOLLEVATORE ELETTRICO (cod. 12.36.03.006)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	SPONDE DI CONTENIMENTO (cod. 18.12.91.006)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SEDIA PER WC E DOCCIA (cod. 09.12.03.006)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	MATERASSO ANTIDECUBITO AD ARIA (cod. 04.33.06.015)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DEAMBULATORE STANDARD 2 RUOTE- 2 PUNTALI (cod. 12.06.06.003)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	CARROZZINA A TELAIO RIGIDO (cod. 12.22.18.006)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DEAMBULATORE STANDARD DA ESTERNO (ROLLATOR) (cod. 12.06.09.003)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	CARROZZINA STANDARD PIEGHEVOLE DI TRANSITO (cod. 12.22.18.003)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	STAMPELLE (cod. 12.03.06.003)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	CARROZZINA STANDARD PIEGHEVOLE AD AUTOSPINTA (cod. 12.22.03.003)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRIPODE (cod. 12.03.16.003)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	CUSCINO ANTIDECUBITO (cod. 04.33.03.012)		<input type="checkbox"/>	Eventuali dimensioni particolari: _____			

ATTENZIONE: L'Asl consegnerà gli ausili da magazzino tra quelli disponibili al momento dell'evasione della pratica.

\_MATERASSO E CUSCINI ANTIDECUBITO sono prescrivibili ad assistiti con gravi limitazioni motorie che impongono situazioni di prolungata immobilità in cui è forte e concreto il rischio di insorgenza di una ulcerazione cutanea (pag. 225 All. 5 DPCM 1/2017)

\_LETTO E ACCESSORI CORRELATI sono indicato per assistiti con limitazioni motorie che obbligano a lunghe, costanti e irreversibili permanenze in posizione distesa ( pag. 234 All. 5 DPCM 1/2017)

\_ CARROZZINA A TELAIO RIGIDO dovranno essere fornite ed utilizzate per l'espletamento delle funzioni fisiologiche e NON come ausilio per la mobilità per assistiti con gravi limitazioni motorie pag. 226 All. 5 DPCM 1/2017

\_IL SOLLEVATORE è indicato per pazienti con impossibilità di compiere in modo autonomo operazioni della vita quotidiana (alzarsi dal letto, lavarsi, vestirsi, posizionarsi in carrozzina o sul wc), che comportano sollevamenti e trasferimenti e contemporanea esposizione da parte dell'assistente a sforzi superiori a quelli che è capace di sopportare mentre effettua le necessarie manovre di sollevamento e di trasferimento dell'assistito ( pag. 233 All. 5 DPCM 1/2017) (presidio ingombrante e di difficile utilizzo: verificare che lo spazio e l'assistenza siano adeguati)

\_ CARROZZINA PIEGHEVOLE è indicata per persone non deambolanti e persone con gravi problemi di mobilità per le quali la deambulazione sia clinicamente sconsigliata per determinate attività (es. spostamenti all'esterno) (pag. 230 All. 5 DPCM 1/2017)

\_DEAMBULATORE. SPTAMPELLE. TRIPODE sono indicati per assistiti con difficoltà di cammino autonomo derivanti da riduzioni funzionali nel sostentamento in posizione eretta (pag. 229 All. 5 DPCM 1/2017)

Con la sottoscrizione della presente prescrizione il Medico attesta la sussistenza dei requisiti previsti dal DPCM 12 gennaio 2017 per l'erogazione a carico SSN

Data: \_\_\_\_\_ Timbro e Firma del medico: \_\_\_\_\_

