

**PRESCRIZIONE DI AUSILI AD ASSORBENZA E A RACCOLTA**

Ai sensi di quanto previsto dal D.M. 27/08/1999.n. 332 e successivamente modificato con DM 321/01, ai fini dell'erogazione di dispositivi protesici  
**SI RICHIEDE**

Per il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**Tipologia di prescrizione**

PRIMA PRESCRIZIONE

**Tipologia del paziente**

ADI 1  
LIVELLO

ADI 2  
LIVELLO

ADI 3  
LIVELLO

**Condizioni cliniche specifiche**

Paziente con  
incontinenza stabilizzata

Paziente con  
patologia grave che  
obbliga  
all'allettamento

**Tipologia dell'incontinenza**

Incontinenza  
Urinaria

Incontinenza  
Fecale

Doppia  
Incontinenza

affetto/a da \_\_\_\_\_

LA FORNITURA MENSILE DEI SEGUENTI PRESIDI:

**PRESIDI AD ASSORBENZA**

PRESCRIZIONE "PANNOLONI" - "TRAVERSE" - "MUTANDINE"

**PRESIDI A RACCOLTA**

RACCOGLITORE BORSA DA GAMBA MONOUSO (09.27.04.003) N. PEZZI \_\_\_\_\_

RACCOGLITORE BORSA DA GAMBA RIUTILIZZABILE (09.27.04.006) N. PEZZI \_\_\_\_\_

RACCOGLITORE BORSA DA LETTO MONOUSO:

TUBO LUNGHEZZA CM 90 (09.27.07.003) N. PEZZI \_\_\_\_\_

TUBO LUNGHEZZA CM 120 (09.27.07.003) N. PEZZI \_\_\_\_\_

RACCOGLITORE BORSA DA LETTO RIUTILIZZABILE (09.27.07.006) N. PEZZI \_\_\_\_\_

CATETERE A PERMANENZA (Foley) lattice siliconato (09.24.03.002) N. PEZZI \_\_\_\_\_  
 diametro N. \_\_\_\_\_

CATETERE A PERMANENZA (Foley) puro silicone (09.24.03.003) N. PEZZI \_\_\_\_\_  
 diametro N. \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

(Timbro e Firma del Medico Prescrittore)