

**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)