



**INDICAZIONI PER LA FORNITURA DI PRESIDI PER INCONTINENZA,
RITENZIONE CRONICA, LESIONI DA DECUBITO e STOMIE**

Assistito

Codice Fiscale: Data di nascita:

Cognome e nome: Telefono:

ASL di residenza: 05 Lecco Altra: (indicare)

Residenza: Resid. in RSA:

Via/piazza/corso CAP Località

Prima richiesta: Rinnovo: [•] Indicare solo alla prima richiesta

1 - Patologia di base

(In caso di **Rinnovo**, compilare questo quadro solo per le eventuali variazioni rispetto alla situazione precedente)

<input type="checkbox"/> Encefalopatia	<input type="checkbox"/> su base vascolare <input type="checkbox"/> postumi ictus
	<input type="checkbox"/> con demenza associata
	<input type="checkbox"/> extrapiramidale
	<input type="checkbox"/> altro:
<input type="checkbox"/> Deficit e patologie neurologiche (indicare almeno una voce)	<input type="checkbox"/> decadimento psicotellettivo <input type="checkbox"/> paraparesi/paraplegia
	<input type="checkbox"/> insufficienza mentale <input type="checkbox"/> tetraparesi/tetraplegia
	<input type="checkbox"/> coma vigile <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Allettamento	<input type="checkbox"/> scompenso cardiocircolatorio classe IV NYHA <input type="checkbox"/> cachessia
	<input type="checkbox"/> altro:
<input type="checkbox"/> Prolasso urogenitale	
<input type="checkbox"/> Patologia prostatica	
<input type="checkbox"/> Gravi deficit motori non neurolog.	
<input type="checkbox"/> Patologie malform. neonatali	
<input type="checkbox"/> Neoplasie	<input type="checkbox"/> apparato urinario <input type="checkbox"/> apparato digerente
	<input type="checkbox"/> altro:

2 - Deficit funzionale

<input type="checkbox"/> Incontinenza	<input type="checkbox"/> incontinenza urinaria completa (perdita continua di urina senza stimolo minzionale)	
	<input type="checkbox"/> incontinenza urinaria stabilizzata	<input type="checkbox"/> da sforzo <input type="checkbox"/> da urgenza
	<input type="checkbox"/> incontinenza fecale	<input type="checkbox"/> incont. urinaria e fecale
<input type="checkbox"/> Ritenzione cronica d'urina	<input type="checkbox"/> vescica neurogena	<input type="checkbox"/> stenosi uretrale
<input type="checkbox"/> Lesioni da decubito	Sedi insorgenza e numero piaghe :	<input type="checkbox"/> sacro n°:___ <input type="checkbox"/> tallone n°:___ <input type="checkbox"/> altra sede: _____ n°:___
	Stadio:	<input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> 4°
<input type="checkbox"/> Stomie	<input type="checkbox"/> Colostomia	
	<input type="checkbox"/> Ileostomia	
	<input type="checkbox"/> Urostomia	<input type="checkbox"/> Ureterocutaneostomia singola
		<input type="checkbox"/> Ureterocutaneostomia bilaterale <input type="checkbox"/> Neovesicica ileale

3 - Fabbisogni

Presidi assorbenti per incontinenza

	Descrizione categoria	Prod. commerciale	Taglia / Livello assorbenza	MAX/mese	Qtà *
<input type="checkbox"/>	MUTANDA ELASTICIZZATA RIUTILIZZABILE: slip a rete	MUT. RETE	XXL XL L M S	3	
<input type="checkbox"/>	PANNOLONE SAGOMATO (da usare con slip a rete)	EGOSAN SAGOMATO	Maxi Super Extra Plus	120	
<input type="checkbox"/>	PANNOLONE MUTANDINA TIPO GIORNO (EXTRA) (2 GTT)	EGOSAN P.EXTRA B.	XL L M S	120	
<input type="checkbox"/>	PANNOLONE MUTANDINA TIPO NOTTE (SUPER) (3 GTT)	EGOSAN P. SUPER B.	L M	90	
<input type="checkbox"/>	PANNOLONE MUTANDINA TIPO NOTTE (MAXI) (4 GTT)	EGOSAN P. MAXI B.E.	L M	90	
<input type="checkbox"/>	MUTANDINA ASSORBENTE PULL UP (TIPO PANTS)	PANN. MUT. PULL UP	L M S	56	
<input type="checkbox"/>	PANNOLONE MUTANDINA CON CINTURA GIORNO	PREVAIL FLEX	L M S	90	
<input type="checkbox"/>	PANNOLONE MUTANDINA TIPO NOTTE trasp.con cintura	ID SLIPEASE S.PLUS	L M	90	
<input type="checkbox"/>	PANNOLONE MUTANDINA PEDIATRICO (standard)	PANN. BABY EGOSAN	Kg: 4-9 8-19 12-25 16-30	120	
<input type="checkbox"/>	PANNOLONE MUTANDINA PEDIATRICO (altre ditte)		Kg: 4-9 8-19 12-25 16-30		
<input type="checkbox"/>	Pannolini sagomati per incontinenza leggera tipo LADY	EGOSAN LADY	Super - Normal - Extra	120	
<input type="checkbox"/>	Pannolini sagomati per incontinenza leggera tipo UOMO	FORMULA 2 MEN 700 ML		120	
<input type="checkbox"/>	PANNOLONI RETTANGOLARI con barriere	EGOSAN. P.R. C/BARR.		150	
<input type="checkbox"/>	PANNOLONI RETTANGOLARI senza barriere	EGOSAN P. RETT.		150	
<input type="checkbox"/>	TRAVERSA SALVAMATERASSO RIMBOCCABILE 80X180	EGOSAN TRAV. 80X180		120	
<input type="checkbox"/>	TRAVERSA SALVAMATERASSO SEMPLICE 60X90	EGOSAN TRAV. 60X90		120	
<input type="checkbox"/>	Prodotto per allergia documentata:				
<input type="checkbox"/>	Prodotto per allergia documentata:				

(* Fabbisogni da intendersi globalmente – In caso di variazione specificare il fabbisogno complessivo e non le sole integrazioni)

N.B. sono possibili associazioni di più categorie di prodotti, purché rientrino nel tetto previsto per il mix

Per una più approfondita valutazione dei prodotti più indicati per il singolo caso, si consiglia l'assistito e/o i suoi famigliari di rivolgersi al servizio di consulenza infermieristica presso le sedi distrettuali.

Presidi non assorbenti per incontinenza/ritenzione cronica	Quantità	Nota (codice ISO)
<input type="checkbox"/> Catetere vescicale a permanenza tipo Foley		
<input type="checkbox"/> Catetere monouso <input type="checkbox"/> nelaton <input type="checkbox"/> donna/bamb. <input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> autolubrificante <input type="checkbox"/> donna/bamb. <input type="checkbox"/> Uomo		
<input type="checkbox"/> Catetere monouso con lubrificante integrato in sacca		
<input type="checkbox"/> Catetere esterno condom in lattice (urocontrol, conven ecc.)		
<input type="checkbox"/> Raccogliore <input type="checkbox"/> monouso <input type="checkbox"/> riutilizzabile <input type="checkbox"/> da gamba <input type="checkbox"/> da letto		

Presidi per stomie	Quantità	Nota (codice ISO)
<input type="checkbox"/> Sistema a un pezzo: borsa per stomia <input type="checkbox"/> fondo aperto <input type="checkbox"/> fondo chiuso <input type="checkbox"/> sacca per stomi introflessi		
<input type="checkbox"/> Sistema a due pezzi: <input type="checkbox"/> placca <input type="checkbox"/> placca per stomi introflessi <input type="checkbox"/> borsa <input type="checkbox"/> fondo aperto <input type="checkbox"/> fondo chiuso <input type="checkbox"/> borsa per stomi introflessi		
<input type="checkbox"/> Set per irrigazione intestinale / <input type="checkbox"/> Irrigatore semplice		
<input type="checkbox"/> Sacche di scarico per irrigazione intestinale		
<input type="checkbox"/> Cono anatomico / cannula irrigazione per stomia		
<input type="checkbox"/> Catetere tutore per ureterocutaneostomia		
<input type="checkbox"/> Dispositivo chiusura a un pezzo: <input type="checkbox"/> sacca <input type="checkbox"/> minisacchetto <input type="checkbox"/> tappo		
<input type="checkbox"/> Dispositivo chiusura a due pezzi: <input type="checkbox"/> sacca post irrigazione <input type="checkbox"/> tappo		
<input type="checkbox"/> Protezione peristomiale: <input type="checkbox"/> Pasta <input type="checkbox"/> Polvere		
<input type="checkbox"/> Pasta idroattiva, gel o idrogel		

Presidi per lesioni da decubito	Quantità	Nota (codice ISO)
<input type="checkbox"/> Bendaggio flessibile idroattivo: <input type="checkbox"/> 10x10 <input type="checkbox"/> 20x20		
<input type="checkbox"/> Bendaggio flessibile idroattivo sagomato: <input type="checkbox"/> >60cm ² <input type="checkbox"/> >120cm ²		
<input type="checkbox"/> Protezione antidecubito: <input type="checkbox"/> materiale sintetico <input type="checkbox"/> gomito <input type="checkbox"/> tallone <input type="checkbox"/> fibra cava siliconata		

Data: ___/___/___

Timbro e firma del medico