

Servizio Sanitario – Regione Sardegna
Azienda U.S.L. N. 2 di Olbia

*Allegato 1 B

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
Modello di prescrizione per il M.M.G e PLS

ASSISTITO

NOME _____ COGNOME _____ ETA' _____
Nato a _____ il _____ C.F. _____
Residente in _____ Via _____ N° _____

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

- Paziente in cure palliative
 Paziente allettato assistito in ADI
 Paziente allettato assistito in ADP

Diagnosi clinica _____
Valutazione del deficit _____
Tempi di impiego previsti _____

PRESIDI PROPOSTI

Descrizione Presidio	Codice ISO	Quantita'
Pannolone mutandina elastica mis. Grande con adesivi	093004003	N°
Pannolone mutandina elastica mis. Media " "	093004006	N°
Pannolone mutandina elastica mis. Piccola " "	093004009	N°
Pannolone rettangolare	093004021	N°
Pannolone sagomato mis. grande	093004012	N°
Pannolone sagomato mis. media	093004015	N°
Pannolone sagomato mis. piccola	093004018	N°
Traverse salvamaterasso 80x180	181215003	N°
Traverse salvamaterasso 60x90	181215006	N°
Raccoglitori urine letto	092707003	N°
Raccoglitori urine gamba	092704003	N°
Cateteri esterni (condom)	092409003	N°
Cateteri vescicali Foley	092403003	N°
Letto ortopedico ad una manovella	181207003	N°
Letto ortopedico a due manovelle	181207006	N°
Sponde per letto	181227103	N°
Materasso antidecubito ad aria in espanso	033306003	N°
Materasso antidecubito in espanso	033306018	N°
Aggiuntivi per letto	NON PREVISTI DAL NOMENCLATORE	N°

Il Medico di Medicina Generale/Il Pediatra di libera scelta

Note:

La presente prescrizione deve essere accompagnata dalla prescrizione dei presidi su ricettario SSN