



Si richiede per il /la Sig./Sig.ra T.S.

nato/a il residente a

in quanto affetto da la fornitura dei seguenti ausili:

PZ. invalido SI [] NO [] PZ. istante in attesa di accertamento invalidità SI [] NO []

PRIMA PRESCRIZIONE [] RINNOVO / VARIAZIONE PIANO []

AUSILI ASSORBENTI URINA

TIPO AUSILI	CATEGORIA / MISURA	MAX prescrivibile	FABBISOGNO
<input type="checkbox"/> PANNOLONE A MUTANDINA	<input type="checkbox"/> misura grande <input type="checkbox"/> misura media <input type="checkbox"/> misura piccola	4/die	N°..... /giorno
<input type="checkbox"/> PANNOLONE SAGOMATO	<input type="checkbox"/> misura grande <input type="checkbox"/> misura media <input type="checkbox"/> misura piccola	4/die	N°..... /giorno
<input type="checkbox"/> PANNOLONE RETTANGOLARE		5/die	N°..... /giorno
<input type="checkbox"/> MUTANDINA ELASTICIZZATA RIUTILIZZABILE	<input type="checkbox"/> misura grande <input type="checkbox"/> misura media <input type="checkbox"/> misura piccola	3/mese	N°...../mese
<input type="checkbox"/> TRAVERSA SALVAMATERASSO RIMBOCCABILE		4/die	N°..... /giorno
<input type="checkbox"/> TRAVERSA SALVAMATERASSO NON RIMBOCCABILE		4/die	N°..... /giorno

CATETERI VESCICALI

<input type="checkbox"/> CATETERE A PERMANENZA TIPO FOLEY A PALLONCINO PURO SILICONE 100%, TRASPARENTE A 2 VIE		2/mese	N°..... /mese
<input type="checkbox"/> CATETERE TIPO NELATON, MONOUSO, TRASPARENTE	<input type="checkbox"/> per donna e bambino	4/die	N°..... /die
	<input type="checkbox"/> per uomo	4/die	
<input type="checkbox"/> CATETERE MONOUSO, AUTOLUBRIFICANTE, IN MATERIALE IPOALLERGENICO	<input type="checkbox"/> per neonato fino a 1 anno	6/die	N°..... /die
	<input type="checkbox"/> per bambino fino a 6 anni	5/die	
	<input type="checkbox"/> per donna e bambino oltre 6 anni	4/die	
	<input type="checkbox"/> per uomo	4/die	
<input type="checkbox"/> CATETERE MONOUSO, AUTOLUBRIFICANTE, IN MATERIALE IPOALLERGENICO, INTEGRATO IN UNA SACCA GRADUATA IN CONFEZIONE SINGOLA		2/die	N°..... /die
<input type="checkbox"/> SPRAY LUBRIFICANTE AL SILICONE PER CATETERISMO		1/mese	N°..... /mese
<input type="checkbox"/> CATETERE (CONDOM) IN GOMMA NATURALE, IPOALLERGENICA, AUTOCOLLANTE O CON STRISCIA BIOADESIVA		1/die	N°..... /die

RACCOGLITORE PER URINA

<input type="checkbox"/> SACCA DI RACCOLTA PER URINA DA GAMBA	<input type="checkbox"/> TIPO MONOUSO	1/die	N°..... /die
	<input type="checkbox"/> RIUTILIZZABILE	8/mese	N°..... /mese
<input type="checkbox"/> SACCA DI RACCOLTA PER URINA DA LETTO	<input type="checkbox"/> TIPO MONOUSO	1/die	N°..... /die
	<input type="checkbox"/> RIUTILIZZABILE	8/mese	N°..... /mese

Data:

(timbro e firma del MMG o PLS)

Pannoloni a mutandina, sagomato, rettangolare, traverse, possono essere tra loro integrativi (MIX) purché forniti entro il tetto di spesa mensile per assistito appositamente definito da Regione