

**MODELLO DI PRESCRIZIONE AUSILI PER L'ASSORBENZA
per pazienti con incontinenza stabilizzata o irreversibile (AVANZATO)****NEL CASO DI COMPILAZIONE DA PARTE DI MEDICO SPECIALISTA, INDICARE SE È:**

- | | | |
|---------------------------------|--|-----------------------------|
| 1. prescrizione modulabile: | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 2. prescrizione extratariffario | <input type="checkbox"/> SÌ (RELAZIONE ALLEGATA) | <input type="checkbox"/> NO |
| 3. prescrizione in deroga | <input type="checkbox"/> SÌ (RELAZIONE ALLEGATA) | <input type="checkbox"/> NO |

Cognome e nome	
Residente in	Via
Data di nascita	Tel.

Diagnosi

- Incontinenza urinaria (*segnalare anche il tipo*):
- da sforzo (quando le perdite di urina sono in occasione di uno sforzo, attività fisica, tosse, starnuto o altra causa di aumento della pressione addominale)
 - da urgenza (quando le perdite di urina sono accompagnate o precedute da uno stimolo minzionale improvviso, impellente, improcrastinabile)
 - mista (da sforzo e da urgenza)
 - non classificabile (perdite non chiaramente riconducibili a una delle situazioni precedenti)
- Incontinenza fecale

Segnare se il paziente utilizza anche: Catetere vescicale a dimora Cateterismo ad intermittenzaSono presenti fattori influenzanti la gestione della incontinenza? *In presenza di uno o più di tali fattori il prescrittore può cambiare la classe di prescrivibilità ad una superiore rispetto a quella risultante dalle risposte al questionario.*

- Grave deficit cognitivo
- Grave deficit motorio (*specificare se:* non deambulante o con grave difficoltà grave compromissione della manualità)
- Doppia incontinenza
- Eritemi /Lesioni cutanee nelle regioni coperte dagli ausili assorbenti

L'incontinenza è :

- stabilizzata** (incontinenza che persiste per più di 12 settimane nonostante la variazione o il trattamento di fattori potenzialmente reversibili o dopo eventi acuti come un intervento chirurgico).
- irreversibile** (incontinenza per la quale non è prevedibile alcun miglioramento, non suscettibile di alcun tipo di terapia)

La prescrizione di ausili è possibile solo in caso di incontinenza stabilizzata e/o irreversibile.*In caso di incontinenza stabilizzata la prescrizione ha una durata annuale, salvo diverse indicazioni del prescrittore. Nel caso l'incontinenza sia irreversibile la prescrizione si intende definitiva.***Valutazione della incontinenza urinaria**

Questionario ICI Q SF modificato

Punteggio domanda 1 Punteggio domanda 2 **GIUDIZIO DIAGNOSTICO finale:**

- Lieve Media Grave Gravissima
OPPURE
- Cateterizzato Incontinenza solo fecale entero-urostomizzato
- Medullosesi/spina bifida** (*ad indicazione solo specialistica*)

Durata della prescrizione:

- N° mesi (incontinenza stabilizzata) Annuale (incontinenza stabilizzata)
- Definitiva (incontinenza irreversibile)

DESCRIZIONE DISPOSITIVO	LIVELLO INCONTINENZA	FORMATO	CODICE ISO	PEZZI PRESCRITTI	SIGLA MEDICO
Pannolone a mutandina con sistema integrato di fissaggio	Media	extragrande	09.30.21.002		
		grande	09.30.21.003		
		medio	09.30.21.006		
		piccolo	09.30.21.009		
Pannolone a mutandina totalmente traspirante con sistema integrato di fissaggio	Grave	extragrande	09.30.21.023		
		grande	09.30.21.024		
		medio	09.30.21.025		
		piccolo	09.30.21.026		
	Gravissima	extragrande	09.30.21.011		
		grande	09.30.21.019		
		medio	09.30.21.020		
		piccolo	09.30.21.021		
Pannolone a mutandina traspirante Con sistema di fissaggio integrato a cintura	Media	extra grande	09.30.21.030		
		grande	09.30.21.027		
		medio	09.30.21.028		
		piccolo	09.30.21.029		
	Grave	extra grande	09.30.21.013		
		grande	09.30.21.012		
		medio	09.30.21.015		
		piccolo	09.30.21.018		
	Gravissima	extragrande	09.30.21.031		
		grande	09.30.21.032		
		medio	09.30.21.033		
		piccolo	09.30.21.034		
Assorbente sagomato senza sistema integrato di fissaggio		elevato assorbimento/maxi	09.30.18.056		
		grande/super	09.30.18.048		
		medio/extra	09.30.18.051		
		piccolo/mini/plus	09.30.18.054		
Assorbente sagomato senza sistema integrato di fissaggio per incontinenza leggera donna		elevato assorbimento/maxi	09.30.18.065		
		grande/super	09.30.18.062		
		medio/extra	09.30.18.063		
		piccolo/mini/plus	09.30.18.064		
Assorbente sagomato senza sistema integrato di fissaggio per incontinenza leggera uomo		livello/formula 1	09.30.18.058		
		livello/formula 2	09.30.18.057		
		livello/formula 3	09.30.18.066		
Pannolone rettangolare	senza barriera		09.30.04.061		
	con barriera		09.30.04.060		
Sistema di fissaggio per pannolini ed assorbenti		extra grande	09.30.39.003		
		grande	09.30.39.006		
		medio	09.30.39.009		
		piccolo	09.30.39.012		
Mutanda pannolone (Tipo pull on)	Leggera	extra grande	09.30.24.072		
		grande	09.30.24.066		
		medio	09.30.24.067		
		piccolo	09.30.24.068		
	Media	extra grande	09.30.24.073		
		grande	09.30.24.069		
		medio	09.30.24.070		
		piccolo	09.30.24.071		
	Grave	extra grande	09.30.24.074		
		grande	09.30.24.063		
		medio	09.30.24.064		
		piccolo	09.30.24.065		
	Gravissima	extra grande	09.30.24.075		
		grande	09.30.24.076		
		medio	09.30.24.077		
		piccolo	09.30.24.078		
Traversa salvamaterasso		80 x 180 cm circa	09.30.42.003		
		60 x 90 cm circa	09.30.42.006		
Pannolino a mutandina per bambini Con sistema integrato di fissaggio		da 7 a 14-18 KG circa	09.30.12.042		
		da 11-15 a 22-25 KG circa	09.30.12.045		
		15-30 KG circa	09.30.12.046		
Pannolino a mutandina per bambini tipo pull on		da 8 a 15 KG circa	09.30.12.047		
		da 12 a 18 KG circa	09.30.12.048		
		15 +	09.30.12.049		
		circa 25+	09.30.12.050		

Data.....

Firma e Timbro

STRUMENTI DA UTILIZZARE PER LA CORRETTA PRESCRIZIONE

(tali strumenti sono ad uso del prescrittore e non sono da allegare al piano terapeutico)

Nota bene

Per i pazienti affetti solo da incontinenza fecale, oppure cateterizzati (a dimora o a intermittenza) oppure entero-urostomizzati, NON è necessario procedere con la compilazione del questionario, essendo stata definita una classe di gravità specifica, che definisce un tetto autorizzabile pari al fabbisogno appropriato per la gestione della problematica: 2 pannoloni mutandina tg. grande ed una traversa al giorno.

Legenda per giudizio diagnostico: Riportare le risposte del questionario nella griglia sottostante

Punteggio domanda n°1 Punteggio domanda n° 2	1	2	3	4	5	6
2	Lievissima	Lievissima	Lievissima	Lievissima	Lieve/Media/Grave*	Gravissima
4	Lievissima	Lievissima	Lieve	Media	Grave/Gravissima*	Gravissima
6	Lievissima	Media	Media	Grave	Gravissima	Gravissima

Nota bene

- **Per la classe di entità lievissima non sussistono indicazioni alla prescrizione di dispositivi assorbenti**
- **Per i medici specialisti:**
 1. **La prescrizione si intende in tutti i casi non modulabile (i presidi indicati saranno obbligatoriamente quelli forniti) se non barrata la casella “prescrizione modulabile: Sì”**
 2. **Per prescrizioni extra-tariffario (solo per pazienti di classe Gravissima, Incontinenza fecale/cateterizzati/entero-urostomizzati o per pazienti medullolesi/spina bifida) barrare la relativa casella e allegare relazione dettagliata che motivi la necessità di fornire un numero maggiore di pezzi rispetto al tetto massimo**
 3. **Per prescrizioni in deroga per pazienti per i quali sia ritenuto indispensabile un dispositivo diverso da quello offerto dalla gara, allegare relazione dettagliata indicando anche la ditta produttrice.**
 4. **Nel caso la fornitura in deroga sia anche extratariffario barrare entrambe le caselle e allegare relazione motivante.**

Per la diagnosi e cura della incontinenza urinaria è possibile fare riferimento alla Rete Piemontese dei Centri.

L'elenco completo è sul sito della Regione Piemonte all'indirizzo:

http://www.regione.piemonte.it/sanita/program_sanita/incontinenza/dwd/livello1.pdf

QUESTIONARIO PER IL PAZIENTE ICI-Q SF

(nel caso in cui il paziente non sia in grado di compilare direttamente il questionario, questo deve essere compilato dalla persona che lo assiste)

ICI-Q-SF

Cognome e nome

Data di nascita

1. Quanto spesso Le capita di perdere urina?

0. mai	0
1. meno di una volta a settimana	1
2. Circa una volta alla settimana	2
3. Due o tre volte alla settimana	3
4. Circa una volta al giorno	4
5. Più volte al giorno	5
6. Perdo urina in continuazione	6

Mettere una "x" nella casella corrispondente alla risposta scelta Punteggio **No** compilare

2. Quanta urina perde per ogni singolo episodio di perdita?

a. Non perdo urina	0
b. Perdo piccole quantità di urina	2
c. Perdo modeste quantità di urina	4
d. Perdo abbondanti quantità d'urina	6

Mettere una "x" nella casella corrispondente alla risposta scelta Punteggio **No** Compilare

3. Nel complesso, quanto la Sua incontinenza urinaria interferisce negativamente con la Sua vita quotidiana da 0 a 10? **BARRARE IL NUMERO**
(rispondere solo se il questionario è compilato direttamente dal paziente)

0		5	
1		6	
2		7	
3		8	
4		9	
		10	

Mettere una "x" nella casella corrispondente alla risposta scelta Punteggio **No** compilare

4. Quando Le capita di perdere urina?

a. Mai	
b. Perdo urina ancor prima di essere giunta in bagno	
c. Con i colpi di tosse e gli starnuti	
d. Quando sono coricata	
e. Durante lo svolgimento di qualsiasi attività fisica	
f. Quando ho terminato di urinare e mi sto rivestendo	
g. Senza una particolare ragione	
h. Incontinenza continua	

Mettere una "x" nella casella corrispondente alla risposta scelta Questa domanda non genera punteggio

FIRMA DI CHI COMPILA

IN QUALITÀ DI...