

**MODELLO DI PRESCRIZIONE AUSILI AD ASSORBENZA
per pazienti con incontinenza stabilizzata o irreversibile**

Cognome e nome _____

Residente in _____ via _____

Data di nascita _____

Diagnosi circostanziata (specifica menomazione e/o disabilità in connessione con gli ausili per incontinenza)

Incontinenza urinaria: 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

Segnalare se il paziente utilizza: Catetere vescicale a dimora Cateterismo ad intermittenza

Sono presenti **fattori influenzanti la gestione della incontinenza** (In presenza di anche uno di tali fattori il prescrittore può cambiare la classe di prescrivibilità ad una superiore):

- grave deficit cognitivo
- grave deficit motorio specificare :
 - non deambulante o con grave difficoltà
 - grave compromissione della mobilità
- doppia incontinenza
- eritemi /lesioni cutanee nelle regioni coperte dagli ausili assorbenti

Indicare se 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 ed ha una durata annuale salvo diverse indicazioni del prescrittore. In caso di incontinenza stabilizzata la prescrizione ha durata annuale, salvo diverse indicazioni del prescrittore. Qualora l'incontinenza sia irreversibile la prescrizione si intende definitiva.

VALUTAZIONE DELL'INCONTINENZA URINARIA

Punteggio domanda 1 :

Punteggio domanda 2 :

GIUDIZIO DIAGNOSTICO FINALE

Lieve Media Grave Gravissima

Oppure

Cateterizzato Incontinenza fecale Entero-urostomizzato

Durata della prescrizione

Per la sola incontinenza stabilizzata n. mesi annuale

Per incontinenza irreversibile definitiva

Data,

Firma e Timbro Medico

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

* In considerazione di tali eterogeneità di categorie il medico prescrittore può decidere l'entità dell'incontinenza sulla base dei dati clinici oppure se MMG/PLS può indirizzare il paziente allo specialista che oltre a condurre l'iter diagnostico terapeutico adeguato valuterà la gravità dell'incontinenza e la conseguente necessità prescrittiva (classe di prescrivibilità)