

OGGETTO: Prescrizione di presidi monouso per incontinenza con sistema ad assorbenza, contenuti nell'allegato B del vigente NOMENCLATORE TARIFFARIO delle protesi, a cura di un medico dell'USL o di un presidio sanitario pubblico o accreditato.

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO.....  
 DATA DI NASCITA..... MATR. REG. .... U.S.L. ....  
 RESIDENZA VIA ..... TEL. .... COMUNE .....  
 DIAGNOSI .....

**ANALISI DEL GRADO DI INCONTINENZA PERMANENTE**

	CODICE TARIFFARIO	QUANTITA' TRIMESTRALE
<input type="checkbox"/> LIEVE: in concomitanza di sforzi/post-operatoria	101.21.15	180
<input type="checkbox"/> LIEVE/DOPPIA: presenza di stimolo con incapacita' di trattenere.	101.21.15	160
	101.21.13	120
<input type="checkbox"/> MEDIA: presenza di stimolo con incapacita' di trattenere	101.21.13	120
	101.21.11	90
<input type="checkbox"/> MEDIO/GRAVE: assenza di controllo della minzione	101.21.13	160
	101.21.11	90
	101.31.11	90
<input type="checkbox"/> GRAVE: assenza di controllo della minzione in soggetti diabetici, cardiopatici, portatori di demenza senile	101.21.11	300
	101.31.11	60
<input type="checkbox"/> CATETERISMO: presenza di incontinenza doppia	101.21.15	120
<input type="checkbox"/> INCONTINENZA ETA' PEDIATRICA: soggetti fino a 25 Kg.	101.21.05	360
<input type="checkbox"/> Altra Prescrizione (Motivazione) .....	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....

FIRMA DEL RICHIEDENTE (o di chi ne fa le veci)

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO MEDICINA GENERALE

PREVENTIVO: vedi scheda-progetto di costruzione allegata (D.P.R. 28/12/92 art/5 - com. 2)

REGIONE LIGURIA - U.S.L. n. .

Data.....

Prot. N. ....

Vista la prescrizione si autorizza la  fornitura  riparazione per l'importo complessivo di Lit. ....  
 + IVA

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO