

Cognome _____ Nome _____
Nato / a il _____ Residente _____
Via _____ Telefono _____
Diagnosi _____
Motivazione della prescrizione _____

Necessita dei seguenti ausili (indicare scelta con X)

Codice ausilio	Descrizione
Materasso antidecubito BASSO RISCHIO (WATERLOW: 10 - 14)	
<input type="checkbox"/> 03.33.06.006	Materasso in Visco Composito con lavorazione a cubetti (ZETA 605) <u>fornito con Cover traspirante</u> h 14 cm portata 120 kg (Demarta)
<input type="checkbox"/> 03.33.06.012	Materasso Antidecubito DEVIMED LEVEL 3 h 16 cm portata 120 kg (Demarta)
Materasso antidecubito ALTO RISCHIO (WATERLOW: 15 - 19)	
<input type="checkbox"/> 03.33.06.012	Materasso Antidecubito ONDASOFT LEVEL 5 in Fibra Cava Siliconata Inserti Asportabili h 20 cm portata 120 kg (Demarta)
Materasso antidecubito ALTISSIMO RISCHIO (WATERLOW: > 20) LESIONI DA DECUBITO 1 - 2 STADIO (EPUAP)	
<input type="checkbox"/> 03.33.06.021	Materasso ad aria SUPERCARE T01 ad Elementi Intercambiabili con Compressore PRESTIGE h 12 cm portata dichiarata 160 kg (Demarta)

Il paziente acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.L. 196/2003

Si autorizza la fornitura degli ausili prescritti

Data _____
Prot. _____

IL SERVIZIO PROTESICA – A.S.L. IL RESPONSABILE

Accertata la congruenza clinica e la rispondenza degli ausili e degli aggiuntivi consegnati a quanto prescritto

Data _____

IL MEDICO PRESCRITTORE
(firma e timbro)

SCHEDA DI VALUTAZIONE MATERASSO ANTIDECUBITO

Cognome _____ Nome _____
Nato / a il _____ Peso _____ Altezza _____
Indirizzo _____ Telefono _____

Invalità civile SI NO

Visita Colloquio con familiari

VALUTAZIONE effettuata da SPECIALISTA MMG IP FISIOTERAPISTA

Scala di Waterlow Punteggio Soggetto a rischio 10 - 14
 Soggetto ad alto rischio 15 - 19
 Soggetto ad altissimo rischio > 20

Decubiti SI NO

Sede

Stadio I II III IV

Dimensioni

Il soggetto è fornito di letto ortopedico SI NO
Tempo trascorso a letto < 4 h 4 - 12 h > 12 h
Il soggetto effettua cambi di posizione a letto SI, con aiuto NO ogni 2 h ogni 3 - 5 h > 5 h
Igiene personale a letto SI NO
Il soggetto è fornito di carrozzina SI NO
Il soggetto mantiene posizione seduta in carrozzina SI NO
Tempo trascorso in carrozzina < 2 h 2 - 4 h > 4 h
Altri ausili di cui dispone _____

Il soggetto presenta:

Setticemia SI NO
Infezioni lesioni cutanee SI NO
Ustioni II o III grado SI NO
Complicanze febbrili SI NO
Insufficienza venosa SI NO
Sindrome depressiva SI NO
Alterazioni sensibilità SI NO

INVIO DALLO SPECIALISTA PER

- Mielolesi, esiti di coma, gravi disabilità neurologiche.
- Gravi deformità che rendono difficili il posizionamento a letto.
- LDD 4 stadio o LDD multiple.
- Fallimento di precedente MAD.
- Peso > 90 Kg.

Data _____

TIMBRO E FIRMA