

**MODELLO DI PRESCRIZIONE AUSILI PER L'ASSORBENZA
per pazienti con incontinenza stabilizzata o irreversibile (SEMPLIFICATO)**

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 intermittenza

Sono presenti fattori influenzanti la gestione della incontinenza?

- 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
- In presenza 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.*

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

Durata della prescrizione:

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

Data.....

Firma e Timbro medico

STRUMENTI DA UTILIZZARE PER LA CORRETTA PRESCRIZIONE *(tali strumenti sono ad uso del MMG/PLS 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 stabilisce 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

** in considerazione della eterogeneità di tali categorie, il medico prescrittore può decidere l'entità' della incontinenza sulla base dei dati clinici oppure, come per tutti gli altri casi, può indirizzare il pz allo specialista che, oltre a condurre l'iter diagnostico e terapeutico adeguato, valuterà la gravità della incontinenza e la conseguente necessità prescrittiva (classe di prescrivibilità).*

Nota bene

Per entità "lievissima" non sussistono indicazioni alla prescrizione di dispositivi assorbenti

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
<i>Mettere una "x" nella casella corrispondente alla risposta scelta</i>		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
<i>Mettere una "x" nella casella corrispondente alla risposta scelta</i>		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
<i>Mettere una "x" nella casella corrispondente alla risposta scelta</i>		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			
<i>Mettere una "x" nella casella corrispondente alla risposta scelta</i>		<i>Questa domanda non genera punteggio</i>	

FIRMA DI CHI COMPILA _____

IN QUALITA' DI... _____