

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

Necessita dei seguenti ausili (indicare scelta con X)

Codice ausilio	Dimensioni	Descrizione
Cuscino antidecubito BASSO RISCHIO (WATERLOW: 10 - 14)		
<input type="checkbox"/> 03.33.03.003	<input type="checkbox"/> 42 x 42	Cuscino in fibra cava siliconata h 9 cm portata 120 kg (DEVIMED - Demarta)
	<input type="checkbox"/> 50 x 45	
<input type="checkbox"/> 03.33.03.006	<input type="checkbox"/> 40 x 40	Cuscino in gel fluido - lastra in uretano foam - con fodera esterna impermeabile e traspirante h 5 cm portata 120 kg (SILIGEL - Demarta)
	<input type="checkbox"/> 45 x 45	
Cuscino antidecubito ALTO RISCHIO (WATERLOW: 15 - 19)		
<input type="checkbox"/> 03.33.03.009	<input type="checkbox"/> 43 x 42	Cuscino viscoelastico compatto - schiuma ad alta densità - con fodera impermeabile e traspirante h 7 cm portata 140 kg (VISCOMOUSS - Demarta)
	<input type="checkbox"/> 50 x 43	
Cuscino antidecubito ALTISSIMO RISCHIO (WATERLOW: > 20) LESIONI DA DECUBITO 1 - 2 STADIO (EPUAP)		
<input type="checkbox"/> 03.33.03.012	<input type="checkbox"/> 43 x 43	Cuscino composito - base anatomica rigida preformata ed inserti fluidi automodellati - con fodera impermeabile e traspirante h 7 cm portata 140 kg (GHOST - Demarta)
	<input type="checkbox"/> 50 x 43	

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 _____

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

Prot. _____

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 CUSCINO 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

Dimensioni _____

Il soggetto è fornito di carrozzina SI NO

Misure sedile

Larghezza cm _____

Profondità cm _____

Tempo trascorso in carrozzina < 2 h 2 - 4 h > 4 h

E' in grado di fare autoaggiustamenti in posizione seduta SI NO

Svolge attività lavorativa in posizione seduta SI NO

Il soggetto deambula:

SI

senza aiuto solo con persona con ausilio in casa fuori casa

NO, non deambula

Altri ausili di cui dispone _____

INVIO DALLO SPECIALISTA PER

- Quando è indicato un posizionamento adeguato in situazioni complesse (es. paratetraplegico).
- Paziente obeso oltre i 90 Kg.
- Carrozine con larghezza sedile maggiore di 43 cm.
- LDD di 3° - 4° grado.
- Lesioni nucali.

Data _____

TIMBRO E FIRMA _____