Servizio Sanitario – Regione Sardegna
Azienda U.S.L. N.____ di _____

Allegato 1

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
Modello di Prescrizione Specialistica

Assistito

NOME _____ **COGNOME** _____ **ETÀ:** _____

Nato a _____ **il** _____ **C.F.** _____

Residente in _____ **Via** _____ **N°** _____

VALUTAZIONE DELLA DISABILITÀ E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica _____

Valutazione del deficit _____

Valutazione funzionale e abilità residue

_____

_____

Valutazione delle attività, azioni da supportare e/o compensare

_____

_____

Obiettivi riabilitativi in relazione alla valutazione delle abilità motorie, intellettive e ambientali compatibili con il presidio proposto

_____

_____

Tempi di impiego previsti

_____

PRESIDI PROPOSTI

Descrizione Presidio	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità

Qualora il presidio non sia espressamente contemplato nel NT e sia riconducibile, ai sensi del comma 5 dell'art. 1 del DM 332/99 per omogeneità funzionale, apporre la dicitura "**riconducibile per omogeneità funzionale**"

In caso di fornitura successiva alla prima indicare:

a. se trattasi di fornitura che **ha superato** i tempi minimi di rinnovo ed è ☐ guasto ☐ rotto ☐ usurato

☐ data dell'ultima fornitura _____ ☐ dichiaro che non è convenientemente riparabile

b. se trattasi di fornitura che ha **non superato** i tempi minimi di rinnovo

(condizioni di cui al co. 3 dell'art. 5 del D.M. 332/99.)

trattasi di presidio: ☐ guasto ☐ rotto ☐ usurato ☐ sostituzione componenti usurate

☐ Altro_____ ☐ dichiaro che non è convenientemente riparabile

(condizioni di cui al co. 2 dell'art. 5 del D.M. 332/99.)

- ❑ modifica dello stato psico-fisico (allegare relazione dettagliata)
- ❑ particolari necessità terapeutiche (allegare relazione dettagliata)

c. se trattasi di minore di anni 18

- ❑ rinnovo dovuto ad esigenze correlata all'età evolutiva
- ❑ rinnovo non dovuto ad esigenze correlate all'età evolutiva ma ai casi di cui sopra (indicare)

Situazione dell'avente diritto

Lettera a dell'art. 2 del D.M. 332/99

- ❑ **invalido già riconosciuto** (invalido civile, di guerra, di servizio, privo di vista, sordomuto)
- ❑ **invalido già riconosciuto** per il quale viene richiesta assistenza protesica non correlata alla invalidità riconosciuta
  - ❑ trattasi di invalido con invalidità > al 33% e fino al 100% senza indennità di accompagnamento riconosciuta: la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992
  - ❑ trattasi di invalido al 100% con indennità di accompagnamento **riconosciuta:** la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992
- ❑ **minore di anni 18,** per prevenzione, cura e riabilitazione di una menomazione e/o disabilità permanente

Lettera b dell'art. 2 del D.M. 332/99

- ❑ **istante in attesa di accertamento** di invalidità
  - ❑ trattasi di assistito per il quale sussistono le condizioni di cui alla legge 18/80 in quanto si trova nella "impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore ovvero non è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza un'assistenza continua": la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992

Lettera c dell'art. 2 del D.M. 332/99

- ❑ **istante in attesa di riconoscimento di invalidità**

ata_____

Lo Specialista

_____

Note:

La presente prescrizione deve essere accompagnata dalla prescrizione dei Presidi su ricettario SSN

Servizio Sanitario – Regione Sardegna
Azienda U.S.L. N. ____ di _____

Allegato 1A

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
Modello di Prescrizione Specialistica
Dimissione Ospedaliera

Assistito

NOME _____ **COGNOME** _____ **ETA':** _____

Nato a _____ **il** _____ **C.F.** _____

Residente in _____ **Via** _____ **N°** _____

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica _____

Valutazione del deficit _____

Valutazione funzionale e abilità residue

_____

_____

Valutazione delle attività, azioni da supportare e/o compensare

_____

_____

Obiettivi riabilitativi in relazione alla valutazione delle abilità motorie, intellettive e ambientali compatibili con il presidio proposto

_____

_____

Tempi di impiego previsti

_____

PRESIDI PROPOSTI

Descrizione Presidio	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità

Qualora il presidio non sia espressamente contemplato nel NT e sia riconducibile, ai sensi del comma 5 dell'art. 1 del DM 332/99 per omogeneità funzionale, apporre la dicitura **"riconducibile per omogeneità funzionale"**

In caso di fornitura successiva alla prima indicare:

a. se trattasi di fornitura che **ha superato** i tempi minimi di rinnovo ed è ☐ guasto ☐ rotto ☐ usurato

data dell'ultima fornitura _____ ☐ dichiaro che non è convenientemente riparabile

b. se trattasi di fornitura che **non ha superato** i tempi minimi di rinnovo

(condizioni di cui al co. 3 dell'art. 5 del D.M. 332/99.)

trattasi di presidio: ☐ guasto ☐ rotto ☐ usurato ☐ sostituzione componenti usurate

☐ Altro_____ ☐ dichiaro che non è convenientemente riparabile

(condizioni di cui al co. 2 dell'art. 5 del D.M. 332/99.)

- ☐ modifica dello stato psico-fisico (allegare relazione dettagliata)
- ☐ particolari necessità terapeutiche (allegare relazione dettagliata)

c. se trattasi di minore di anni 18

- ☐ rinnovo dovuto ad esigenze correlata all'età evolutiva
- ☐ rinnovo non dovuto ad esigenze correlate all'età evolutiva ma ai casi di cui sopra (indicare)

Situazione dell'avente diritto

Lettera a dell'art. 2 del D.M. 332/99

- ☐ **invalido già riconosciuto** (invalido civile, di guerra, di servizio, privo di vista, sordomuto)
- ☐ **invalido già riconosciuto** per il quale viene richiesta assistenza protesica non correlata alla invalidità riconosciuta
  - ☐ trattasi di invalido con invalidità > al 33% e fino al 100% senza indennità di accompagnamento riconosciuta: la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992
  - ☐ trattasi di invalido al 100% con indennità di accompagnamento **riconosciuta:** la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992
- ☐ **minore di anni 18**, per prevenzione, cura e riabilitazione di una menomazione e/o disabilità permanente

Lettera b dell'art. 2 del D.M. 332/99

- ☐ **istante in attesa di accertamento** di invalidità
  - ☐ trattasi di assistito per il quale sussistono le condizioni di cui alla legge 18/80 in quanto si trova nella "impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore ovvero non è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza un'assistenza continua": la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992

Lettera c dell'art 2 del DM 332/99

- ☐ **istante in attesa di riconoscimento**

PRESCRIZIONE AI SENSI DELL'ART. 2 LETTERA E DEL D.M. 332/99

A) PRESCRIZIONE SPECIALISTICA DA PARTE DI STRUTTURA DI RICOVERO PUBBLICA

AZIENDA USL N. _____ DI _____

PRESIDIO OSPEDALIERO _____ UNITA' OPERATIVA DI _____

B) PRESCRIZIONE SPECIALISTICA DA PARTE DI STRUTTURA DI RICOVERO ACCREDITATA

AZIENDA USL N. _____ DI _____

PRESIDIO OSPEDALIERO _____ UNITA' OPERATIVA DI _____

Si certifica che il paziente sopra indicato è ricoverato presso questa Unità Operativa e necessita con urgenza del dispositivo prescritto prima della dimissione in quanto affetto grave e permanente menomazione che richiede una tempestiva attivazione del progetto riabilitativo.

Data_____

Il Responsabile dell'Unità Operativa Ospedaliera

_____

Note:

La presente prescrizione deve essere accompagnata dalla prescrizione dei presidi su ricettario SSN

Servizio Sanitario – Regione Sardegna
Azienda U.S.L. N_____ di _____

ALLEGATO 1 B

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
Modello di Prescrizione per il M.M.G. e PLS

ASSISTITO

NOME _____ COGNOME _____ ETÀ: _____

Nato a _____ il _____ C.F. _____

Residente in _____ Via _____ N° _____

VALUTAZIONE DELLA DISABILITÀ E PROGRAMMA RIABILITATIVO

- ❑ Paziente allettato
- ❑ Paziente allettato assistito in ADI
- ❑ Paziente allettato assistito in ADP

Diagnosi clinica _____

Valutazione del deficit _____

Tempi di impiego previsti

_____

PRESIDI PROPOSTI

Descrizione Presidio (vedi retro pagina)	Codice ISO	Quantità

Data_____

Il Medico di Medicina Generale/Il Pediatra di libera scelta

_____

Note:

La presente prescrizione deve essere accompagnata dalla prescrizione dei presidi su ricettario SSN

Ausili e presidi prescrivibili

DESCRIZIONE	QUANTITÀ	CODICE
Pannolone a mutandina formato grande	Massimo 120 pz./mese	09.30.04.003
Pannolone a mutandina formato medio	Massimo 120 pz./mese	09.30.04.006
Pannolone a mutandina formato piccolo	Massimo 120 pz./mese	09.30.04.009
Pannolone sagomato formato grande	Massimo 120 pz./mese	09.30.04.012
Pannolone sagomato formato medio	Massimo 120 pz./mese	09.30.04.015
Pannolone sagomato formato piccolo	Massimo 120 pz./mese	09.30.04.018
Mutande elastiche riutilizzabili formato grande	Massimo 3 pz./mese	09.30.09.003
Mutande elastiche riutilizzabili formato medio	Massimo 3 pz./mese	09.30.09.006
Mutande elastiche riutilizzabili formato piccolo	Massimo 3 pz./mese	09.30.09.009
Pannolone rettangolare	Massimo 150 pz./mese	09.30.04.021
Pannolini mutandine x bambini misura grande	Massimo 120 pz./mese	Riconducibili al codice 09.30.04.003
Pannolini mutandine x bambini misura media	Massimo 180 pz./mese	Riconducibili al codice 09.30.04.006
Pannolini mutandine x bambini misura piccola	Massimo 180 pz./mese	Riconducibili al codice 09.30.04.009
Traverse salvamaterasso rimboccabili formato 80 x 180	Massimo 120 pz./mese	18.12.15.003
Traverse salvamaterasso non rimboccabili formato 60 x 90	Massimo 120 pz./mese	18.12.15.006
Cateteri vescicali a permanenza	Massimo 2 pz./mese	09.24.03.003
Cateteri esterni	Massimo 30 pz./mese	09.24.09.003
Raccoglitori x urina da gamba	Massimo 30 pz./mese	09.27.04.003
Raccoglitori x urina da letto	Massimo 30 pz./mese	09.27.04.006

DESCRIZIONE	CODICE
Letto ortopedico a 1 manovella	18.12.07.003
Letto ortopedico a 2 manovelle	18.12.07.006
Supporto x alzarsi dal letto	12.30.09.103
Sponde x letto	18.12.27.103
Materasso ventilato in espanso	03.33.06.003
Materasso ad aria con compressore	03.33.06.018

SERVIZIO SANITARIO – REGIONE SARDEGNA
AZIENDA U.S.L. N. _____DI _____ – Ufficio Assistenza Protesica e integrativa

ALLEGATO 4

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
Modello di DOMANDA E AUTOCERTIFICAZIONE

SPETT.LE AZIENDA USL N.___ DI_____
Ufficio Assistenza Protesica e Integrativa

IL SOTTOSCRITTO:

- ❑ TITOLARE
- ❑ CONIUGE
- ❑ GENITORE
- ❑ PARENTE IN LINEA RETTA O COLLATERALE FINO AL TERZO GRADO
- ❑ TUTORE

NOME_____ COGNOME _____ ETÀ _____

Consapevole delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

di essere nato a _____ il _____ C.F. _____

residente in _____ via _____ n° _____ tel. _____

CHIEDE Per se.

Ovvero per _____ che il sottoscritto ai sensi dell'art. 4 D.P.R. 445/2000 dichiara

essere nato a _____ il _____

e residente in _____ via _____ n° _____ C.F._____

di poter usufruire della fornitura di: _____

di cui all'allegata prescrizione specialistica

ALLEGA

- ❑ Copia del verbale di Visita della Commissione Medica per l'accertamento dell'invalidità civile
- ❑ Certificazione medica specialistica attestante la patologia con valutazione della disabilità e programma riabilitativo come da ☐ **ALLEGATO 1** ☐ **ALLEGATO 1A** ☐ **ALLEGATO 1B**
- ❑ Prescrizione, da parte dello Specialista, su ricetta SSN a lettura ottica ai fini del monitoraggio della spesa sanitaria Prevista dall'art. 50 della L. 326/03;
- ❑ Copia del documento di identità (dell'assistito)

Luogo e Data_____ Firma dell'assistito _____
(o di chi ne fa le veci)

• • • •