

**SCHEMA DI PRESCRIZIONE DI AUSILI PER L'ASSORBENZA**  
**per pazienti con incontinenza stabilizzata o irreversibile**

CODICE FISCALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cognome	Nome													
Data di nascita e luogo							Via			Telefono				
Residente in							Via			n°				

**Diagnosi : Incontinenza urinaria:**

- 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).
- Ritenzione urinaria (*Se si segnalare*)     completa     parziale
- Incontinenza fecale (*Se si segnalare*)     con feci solide     con feci liquide

Il paziente utilizza     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

Incontinenza fecale concomitante     Eritemi /Lesioni cutanee nelle regioni coperte dagli ausili assorbenti

**Se presente anche uno di tali fattori il prescrittore può cambiare classe di prescrivibilità ad una superiore.**  
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 ed ha una durata annuale salvo diverse indicazioni del prescrittore.**

Durata della prescrizione.:    N° mesi ....     Annuale

*Nel caso la incontinenza sia segnalata irreversibile la prescrizione si intende definitiva.*

**Valutazione entità dell' incontinenza urinaria** Questionario ICI Q SF modificato (*allegato B*)

*Riportare le risposte nella griglia sottostante*

Punteggio domanda n°1		1	2	3	4	5	6
Punteggio domanda n° 2		2	4	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, per una maggiore definizione del problema il MMG, 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).*

Risposta alla domanda 1     Risposta alla domanda 2     **Entità incontinenza urinaria:**

Lievissima (NON ci sono indicazioni alla prescrizione)  Lieve  Media  Grave  Gravissima

Data.....

. Firma e Timbro medico

## QUESTIONARIO PER IL PAZIENTE

(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	

Mettere una "x" nella casella corrispondente alla risposta scelta 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	

Mettere una "x" nella casella corrispondente alla risposta scelta 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

Mettere una "x" nella casella corrispondente alla risposta scelta 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	

Mettere una "x" nella casella corrispondente alla risposta scelta Questa domanda non genera punteggio

Data.....

Firma.....