

**SOLLEVATORI - PRESCRIZIONE**

Cognome ..... Nome .....

Nato/a il ..... Residente .....

Via ..... Tel .....

Diagnosi .....

Presenta i seguenti requisiti per il **SOLLEVATORE MANUALE** : BARRARE OPZIONE PRESENTE

- Trascorre al letto tutta la giornata oppure trascorre la giornata in parte a letto, in parte in carrozzina in casa e non è deambulante.
- La disabilità è tale da presumere la necessità di un uso definitivo dell'ausilio

Presenta i seguenti requisiti per il **SOLLEVATORE ELETTRICO** : BARRARE OPZIONE PRESENTE

- TUTTI I PRECEDENTI
- Il numero dei trasferimenti letto carrozzina e viceversa quotidiani è almeno 4

**Per presa visione e conferma:**  
 Il paziente o chi ne fa le veci \_\_\_\_\_

**Necessita dei seguenti ausili ( indicare scelta con X):**

CODICE AUSILIO	DESCRIZIONE
<input type="checkbox"/> 12.36.03.003	Sollevatore manuale imbracatura standard
<input type="checkbox"/> 12.36.03.006	Sollevatore elettrico imbracatura standard
<input type="checkbox"/> 12.36.03.103	Imbracatura ad amaca con contenzione del capo

Data .....

IL MEDICO PRESCRITTORE  
 (Timbro e firma)

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

Si autorizza la fornitura degli ausili prescritti:

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

Data .....  
 Prot. ....

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

IL MEDICO PRESCRITTORE  
 (Timbro e firma)

Data .....

**SCHEDA DI VALUTAZIONE SOLLEVATORE MOBILE ED ELETTRICO**

Cognome ..... Nome .....

Data nascita ..... peso ..... altezza .....

Indirizzo ..... tel. ....

Invalidità civile  si  no

Diagnosi .....

Visita  colloquio con familiari

VALUTAZIONE effettuata da :  SPECIALISTA  MMG  I.P.  FISIOTERAPISTA

**1. valutazione della persona**

Mantiene la posizione  seduta  a letto  in poltrona  senza appoggi  con appoggi

E' in grado di tenere su il capo  si  no

Il soggetto è fornito di carrozzina  si  no

Il soggetto sta seduto in carrozzina  si  no

Tempo trascorso in carrozzina/poltrona  < 2h  2 – 4 h  > 4 h

Il soggetto è fornito di letto ortopedico  si  no

Tempo trascorso a letto  < 12 h  12 h

Il soggetto effettua cambi di posizione a letto  si con aiuto

ogni  2 h  ogni 3 – 5 h  > 5 h

no, non effettua cambi di posizione a letto

Il soggetto compie i trasferimento letto – carrozzina con  una persona  due persone

E' presente amputazione a.i.  sx  dx  bilaterale

Il paziente è portatore di protesi d'anca  si  no

Numero trasferimenti letto – carrozzina e viceversa : \_\_\_\_\_

Altri ausili di cui dispone : .....

.....

**2. valutazione dell'ambiente**

Uso in struttura residenziale NON PRESCRIVERE  abitazione privata

Spazio libero sotto la rete del letto cm. ....

Spazio di manovra nella camera  < metri 1  > metri 1

Luce porta camera cm. (almeno 70 cm) .....

**INVIO DALLO SPECIALISTA PER:**

Instabilità vertebrale da frattura

Metastasi ossee e fratture patologiche

Eventuali controindicazioni alla massima flessione dell'anca : es. protesi anca (per imbracatura)

Amputazione arti inferiori (per imbracatura)

IL MEDICO PRESCRITTORE  
(Timbro e firma)

Data .....

\_\_\_\_\_