

CUSCINI ANTIDECUBITO PRESCRIZIONE

Cognome Nome

Nato/a il Residente

Via Tel

Diagnosi

Motivazione della prescrizione

Necessita dei seguenti ausili (indicare scelta con X)

CODICE AUSILIO		DESCRIZIONE
		Cuscino antidecubito BASSO RISCHIO (WATERLOW : 10-14)
	03.33.03.003	FIBRA CAVA SILICONATA
	03.33.03.006	IN GEL FLUIDO
	03.33.03.009	VISCOELASTICO COMPATTO (ES. SILICONE)
		Cuscino antidecubito ALTO RISCHIO (WATERLOW: 15-19)
	03.33.03.012	COMPOSITO CON BASE ANATOMICA PREFORMATA CON FLUIDI AUTOMODELLANTI
		Cuscino antidecubito al ALTISSIMO RISCHIO (W>20) DECUBITI 1-2-3- STADIO
	03.33.03.015	A BOLLE D'ARIA A MICROINTERSCAMBIO

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:

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

SERVIZIO PROTESICA – ASL  
 IL RESPONSABILE

---

~~~~~

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

Data

IL MEDICO PRESCRITTORE
 (Timbro e firma)

SCHEDA DI VALUTAZIONE CUSCINO ANTIDECUBITO

Cognome **Nome**

Data nascita peso altezza

Indirizzo tel.

Invalidità civile si no

Visita colloquio con familiari

VALUTAZIONE effettuata da : SPECIALISTA MMG I.P. 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 < 2h 2-4h > 4h

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
