

LETTI MANUALI - PRESCRIZIONE

Cognome Nome

Nato/a il Residente

Via Tel

Diagnosi

Presenta i seguenti requisiti per il **LETTO A UNA MANOVELLA** : 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 **LETTO A DUE MANOVELLE** : BARRARE OPZIONE PRESENTE

- TUTTI I PRECEDENTI
- Necessita di posizionamenti particolari agli arti inferiori (patologie venose, cardiache, respiratorie, linfatiche)

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"/> 18.12.07.003	LETTO ORTOPEDICO A UNA MANOVELLA
<input type="checkbox"/> 18.12.07.006	LETTO ORTOPEDICO A DUE MANOVELLE
<input type="checkbox"/> 18.12.27.103 aggiuntivo	SPONDE
<input type="checkbox"/> 12.30.09.103 aggiuntivo	TRAPEZIO
<input type="checkbox"/> OPPURE SOLO 18.12.27.103	SPONDE UNIVERSALI RICONDUCEBILI (con quota a carico del paziente)

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. ....

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

\_\_\_\_\_

~~~~~

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

IL MEDICO PRESCRITTORE
(Timbro e firma)

Data

N.B. aspetti particolari relativi ai letti ortopedici

- L'altezza da terra del letto standard è di 50 cm
- La prescrizione del letto e/o materasso antidecubito è **incompatibile** con la prescrizione del deambulatore e altri ausili per il cammino
- La prescrizione del letto è **incompatibile** con la prescrizione della carrozzina pieghevole per uso esterno 122106039 e 122106045
- La prescrizione del TRAPEZIO è limitata ai casi in cui è presente una collaborazione del soggetto alle manovre di posizionamento e trasferimento
- L'uso del SOLLEVATORE per i trasferimenti NON costituisce un criterio di esclusione per il letto regolabile in altezza
- Si ricorda che è auspicabile proporre le SPONDE UNIVERSALI anziché prescrivere letto + sponde, in caso di soggetti deteriorati ed anziani in cui la richiesta dei familiari/assistenti è solo quella di evitare cadute a terra
- Le sponde universali sono adattabili sia a letti singoli che matrimoniali con qualunque testiera o fondo. Non sono ribaltabili e sono riconducibili ai codici del Nomenclatore Tariffario (quota integrazione circa 100 - 120 euro)

Per presa visione o conferma:
 il paziente o chi ne fa le veci _____

SCHEDA DI VALUTAZIONE LETTO ORTOPEDICO

Cognome Nome

Data nascita peso altezza

Indirizzo tel.

Invalità civile si no

Diagnosi

Visita colloquio con familiari

VALUTAZIONE effettuata da : SPECIALISTA MMG I.P. FISIOTERAPISTA

Il soggetto cammina si, senza aiuto solo con aiuto no, non cammina

Il soggetto sta seduto in carrozzina si no

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

E' allettato si no

Tempo trascorso a letto < 12 h > 12 h

Il soggetto è fornito di sollevatore si no

Il soggetto compie i trasferimenti letto-carrozzina con una persona con due persone

Il soggetto cade o rischia di cadere dal letto si no

Livello di coscienza vigile/sveglio agitazione psicom. semicomatoso

Sono presenti patologie vascolari arti inferiori si no

Sono presenti patologie cardiache si no

E' presente una disabilità grave (tetraparesi) si no

Altri Ausili di cui dispone

INVIO DALLO SPECIALISTA PER:

Base regolabile in altezza

Letto Elettrico

Altezza particolare del letto

Altro

IL MEDICO PRESCRITTORE
 (Timbro e firma)

Data