

CARROZZINE RIGIDE PRESCRIZIONE

Cognome Nome
 Nato/a il Residente
 Via Tel
 Diagnosi
 Motivazione della prescrizione

PRESENTA I SEGUENTI REQUISITI:

- ◇ **NON È IN GRADO DI DEAMBULARE IN MODO SICURO E FUNZIONALE ALLE ATTIVITA' QUOTIDIANE A DOMICILIO O E' MOLTO AFFATICABILE**
- ◇ **IL PAZIENTE STA SEDUTO IN CARROZZINA ALMENO 2 ORE AL DI'**
- ◇ **DIMORA ABITUALMENTE IN ABITAZIONE LE CUI PORTE INTERNEMISURANO > 65 CM.**

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

Necessita dei seguenti ausili (indicare scelta con X)

CODICE AUSILIO	DESCRIZIONE	
	CARROZZINE MANOVRABILI SOLO CON ACCOMPAGNATORE (WC)	Largh. seduta standard 43cm
<input type="checkbox"/>	12.21.03.003 Carrozzina a telaio rigido schienale NON reclinabile (comoda con ruote 100 mm)	
<input type="checkbox"/>	12.21.03.006 Carrozzina telaio rigido schienale reclinabile (ruote 100 mm)	
<input type="checkbox"/>	12.24.21.103 4 ruote di diametro 200 mm	aggiuntivo
	CARROZZINE CON POSSIBILITA' DI AUTOSPINTA	Largh. seduta standard 43 cm.
<input type="checkbox"/>	12.21.06.003 CON RUOTE GRANDI POSTERIORI CON WC	
<input type="checkbox"/>	12.21.09.003 CON RUOTE GRANDI ANTERIORI CON WC	
<input type="checkbox"/>	12.21.06.006 CON RUOTE GRANDI POSTERIORI SENZA WC	
<input type="checkbox"/>	12.21.09.006 CON RUOTE GRANDI ANTERIORI SENZA WC	
<input type="checkbox"/>	12.24.06.103 CINGHIA PETTORALE (per tutti i tipi di carrozzine)	aggiuntivo
<input type="checkbox"/>	12.24.15.106 TAVOLINO CON INCAVO (per tutti i tipi di carrozzine)	aggiuntivo
<input type="checkbox"/>	12.24.06.121 VARIAZIONE IN LARGHEZZA SEDILE INF. 40 (indicare largh. seduta cm _____)	aggiuntivo

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 – A.S.L.  
 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 CARROZZINA RIGIDA

Cognome **Nome**

Data nascita peso altezza

Indirizzo tel.

Invalità civile si no Visita colloquio con familiari

VALUTAZIONE effettuata da : SPECIALISTA MMG I.P. FISIOTERAPISTA

1. valutazione della persona:

- livello di coscienza vigile/sveglio agitazione psicomotoria
 rallentato/semicomatoso
- Il soggetto cammina si senza aiuto solo con aiuto non cammina
- Mantiene la posizione seduta a letto in poltrona senza appoggi
 con appoggi
- E' in grado di tenere su il capo si no
- Il soggetto sta seduto in carrozzina si no
- Tempo trascorso in carrozzina/poltrona < 2h 2 - 4 h > 4 h
- E' in grado di effettuare una spinta carrozzina con i due aa.ss. si no con un a.s.
- E' allettato si no tempo trascorso a letto : < 4h 4-12 h > 12 h
- Minzione/defecazione usa il wc usa pannoloni usa la comoda
- Sono presenti edemi agli aa.ii. si no
- Necessita di togliere i braccioli per effettuare trasferimenti dalla carrozzina si no
- Necessita di togliere le pedane per i trasferimenti si no

Misure della persona :

Peso < 50 Kg. 50-80 Kg. > 80 Kg.
Altezza < 150 cm. 150 - 170 cm. > 170 cm. **Larghezza bacino cm**

2. valutazione dell'ambiente d'uso dell'ausilio:

- uso solo in ambienti interni uso in ambienti interni/esterni
- caratteristiche ambiente esterno (asfaltato, sterrato, salita, piano, ecc..)
- struttura residenziale abitazione rurale
- abitazione città con ascensore luce porta cm..... dimensioni cm
- senza ascensore
- necessita di caricamento in auto si no
- necessita di avvicinarsi a tavoli con la carrozzina si no

Misure dell'ambiente d'uso (abitazione)

luce porte interne cm

luce porta bagno cm

Altri ausili di cui dispone

IL MEDICO PRESCRITTORE (Timbro e firma)

Data

INVIO DALLO SPECIALISTA

- Per carrozzine pieghevoli, basculanti, superleggere, elettroniche
- Richiesta di più di una carrozzina
- Ambiente con porte o spazi molto ristretti
- Paziente con misura superiore a 43 di seduta - per qualsiasi ausilio: grandi obesi, altezza fuori dal range (nani, oltre 190cm) per le misure personalizzate e la necessità di ausili su misura
- Gravi deformità della colonna: cifoscoliosi, anchilosi anca, ginocchio
- Para e tetraplegici, scarso-assente controllo del tronco
- Grave rigidità extrapiramidale o ipertonica a 2 o 4 arti
- Deficit di deglutizione, epilessia grave, crisi ipotensive, problemi respiratori
- Quando non si riesce a mantenere una posizione comoda discretamente simmetrica, posizioni del capo non in asse
- Altro

Data

IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (Timbro e firma)