

MATERASSI 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
		Materassi antidecubito BASSO RISCHIO (WATERLOW : 10-14)
	03.33.06.003	VENTILATO IN ESPANSO
	03.33.06.006	VENTILATO IN ESPANSO COMPOSITO
	03.33.06.009	IN FIBRA CAVA SILICONATA (LEVEL 1)
		Materassi antidecubito ALTO RISCHIO (WATERLOW: 15-19)
	03.33.06.012	IN FIBRA CAVA SILICONATA CON INSERTI ASPORTABILI (LEVEL 3)
	03.33.06.021	AD ARIA AD ELEMENTI INTERSCAMBIABILI CON COMPRESSORE
		Materassi antidecubito al ALTISSIMO RISCHIO (W>20) DECUBITI 1-2-3- STADIO
	03.33.06.012	IN FIBRA CAVA SILICONATA INSERTI ASPORTABILI (LEVEL 5)

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

Data

IL MEDICO PRESCRITTORE
(Timbro e firma)

SCHEDA DI VALUTAZIONE MATERASSO ANTIDECUBITO

Cognome **Nome**

Data nascita peso altezza

Indirizzo tel.

Invalità 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 IV
 Dimensioni

Il soggetto è fornito di letto ortopedico si no
 Tempo trascorso a letto < 4h 4 - 12 h > 12 h
 Il soggetto effettua cambi di posizione a letto si, con aiuto no
 ogni 2 h ogni 3 – 5 h > 5 h
 Igiene personale a letto si no
 Il soggetto è fornito di carrozzina si no
 Il soggetto mantiene posizione seduta in carrozzina si no
 Tempo trascorso in carrozzina < 2h 2- 4 h > 4 h

Altri ausili di cui dispone

Il soggetto presenta :

Setticemia si no
 Infezioni lesioni cutanee si no
 Ustioni II o III grado si no
 Complicanze febbrili si no
 Insufficienza venosa si no
 Sindrome depressiva si no
 Alterazioni sensibilità si no

INVIO DALLO SPECIALISTA PER

- Mielolesi, esiti di coma, gravi disabilità neurologiche
- Gravi deformità che rendono difficili il posizionamento a letto
- LDD 4 stadio o LDD multiple
- Fallimento di precedente MAD
- Peso > 90 Kg.

Data

IL MEDICO PRESCRITTORE
(Timbro e firma)