



Direzione Regionale Salute e Integrazione sociosanitaria
Area Farmaci e Dispositivi
GR/39/21

ALLEGATO A

**MODELLO DI PRESCRIZIONE AUSILI AD ASSORBENZA
per pazienti con incontinenza stabilizzata o irreversibile**

Cognome e nome _____

Residente in _____ via _____

Data di nascita _____

Diagnosi circostanziata (specifica menomazione e/o disabilità in connessione con gli ausili per incontinenza)

Incontinenza urinaria: tipo:

- da sforzo (quando le perdite di urina sono in occasione di uno sforzo, attività fisica, tosse, starnuto o altra causa di aumento della pressione addominale)
- da urgenza (quando le perdite di urina sono accompagnate o precedute da uno stimolo minzionale improvviso, impellente, improcrastinabile)
- mista (da sforzo e da urgenza)
- non classificabile (perdite non chiaramente riconducibili a una delle situazioni precedenti)

Incontinenza fecale

Segnalare se il paziente utilizza: Catetere vescicale a dimora Cateterismo ad intermittenza

Sono presenti **fattori influenzanti la gestione della incontinenza** (In presenza di anche uno di tali fattori il prescrittore può cambiare la classe di prescrivibilità ad una superiore):

- grave deficit cognitivo
- grave deficit motorio specificare :
- non deambulante o con grave difficoltà
- grave compromissione della mobilità

Direzione Regionale Salute e Integrazione sociosanitaria
Area Farmaci e Dispositivi
GR/39/21

- doppia incontinenza
- eritemi /lesioni cutanee nelle regioni coperte dagli ausili assorbenti

Indicare se l'incontinenza è:

- stabilizzata** (incontinenza che persiste per più di 12 settimane nonostante la variazione o il trattamento di fattori potenzialmente reversibili o dopo eventi acuti come un intervento chirurgico).
- irreversibile** (incontinenza per la quale non è prevedibile alcun miglioramento, non suscettibile di alcun tipo di terapia)

La prescrizione di ausili è possibile solo in caso di incontinenza stabilizzata e/o irreversibile ed ha una durata annuale salvo diverse indicazioni del prescrittore. In caso di incontinenza stabilizzata la prescrizione ha durata annuale, salvo diverse indicazioni del prescrittore. Qualora l'incontinenza sia irreversibile la prescrizione si intende definitiva.

VALUTAZIONE DELL'INCONTINENZA URINARIA

Punteggio domanda 1 :

Punteggio domanda 2 :

GIUDIZIO DIAGNOSTICO FINALE

- Lieve Media Grave Gravissima

Oppure

- Cateterizzato Incontinenza fecale Entero-urostomizzato

Durata della prescrizione

Per la sola incontinenza stabilizzata n. mesi annuale

Per incontinenza irreversibile definitiva

Data,

Firma e Timbro Medico

**Direzione Regionale Salute e Integrazione sociosanitaria
Area Farmaci e Dispositivi
GR/39/21**

Legenda per giudizio diagnostico: Riportare le risposte del questionario nella griglia sottostante

Punteggio domanda n°1 → Punteggio domanda n° 2 ↓	1	2	3	4	5	6
2	Lievissima	Lievissima	Lievissima	Lievissima	Lieve/Media/Grave*	Gravissima
4	Lievissima	Lievissima	Lieve	Media	Grave/Gravissima*	Gravissima
6	Lievissima	Media	Media	Grave	Gravissima	Gravissima

* In considerazione di tali eterogeneità di categorie il medico prescrittore può decidere l'entità dell'incontinenza sulla base dei dati clinici oppure se MMG/PLS può indirizzare il paziente allo specialista che oltre a condurre l'iter diagnostico terapeutico adeguato valuterà la gravità dell'incontinenza e la conseguente necessità prescrittiva (classe di prescrivibilità)

QUESTIONARIO PER IL PAZIENTE

(nel caso in cui il paziente non sia in grado di compilare direttamente il questionario, questo deve essere compilato dalla persona che lo assiste)

Cognome e nome _____

Data di nascita _____

1. Quanto spesso le capita di perdere urina? Mettere una "X" nella casella corrispondente alla risposta scelta

- 0. Mai
- 1. Meno di una volta a settimana
- 2. Circa una volta alla settimana
- 3. Due o tre volte alla settimana
- 4. Circa una volta al giorno
- 5. Più volte al giorno
- 6. Perdo urina in continuazione

0
1
2
3
4
5
6
Punteggio

2. Quanta urina perde per ogni singolo episodio di perdita? Mettere una "X" nella casella corrispondente alla risposta scelta

- a. Non perdo urina
- b. Perdo piccole quantità di urina
- c. Perdo modeste quantità di urina
- d. Perdo abbondanti quantità d'urina

0
2
4
6
Punteggio

3. Nel complesso, quanto la sua incontinenza urinaria interferisce negativamente con la sua vita quotidiana da 0 a 10? (rispondere solo se il questionario è compilato direttamente dal paziente) Mettere una "X" nella casella corrispondente alla risposta scelta

0	
1	
2	
3	

4	
5	
6	
7	

8	
9	
10	



Direzione Regionale Salute e Integrazione sociosanitaria
Area Farmaci e Dispositivi
GR/39/21

4. Quando le capita di perdere urina? Mettere una "X" nella casella corrispondente alla risposta scelta
- | | |
|--|--|
| Mai <input type="checkbox"/> | Perdo urina ancor prima di essere giunta/o in bagno <input type="checkbox"/> |
| Con colpi di tosse e gli starnuti <input type="checkbox"/> | Quando sono coricata/o <input type="checkbox"/> |
| Durante lo svolgimento di qualsiasi attività fisica <input type="checkbox"/> | Quando ho terminato di urinare e mi sto rivestendo <input type="checkbox"/> |
| Senza una particolare ragione <input type="checkbox"/> | Incontinenza continua <input type="checkbox"/> |
- Questa domanda non genera punteggio

FIRMA DI CHI COMPILA

IN QUALITA' DI



REGIONE
LAZIO

Direzione Regionale Salute e Integrazione sociosanitaria
Area Farmaci e Dispositivi
GR/39/21

ALLEGATO C

MODELLO DI PRESCRIZIONE PER AUSILI ASSORBENTI L'URINA

Ad uso dei MMG e dei PLS per il rinnovo della fornitura in caso di fabbisogno invariato

Si prescrive il rinnovo del fabbisogno annuale di ausili assorbenti l'urina per l'assistito:

Cognome e nome _____

Residente in _____ via _____

Data di nascita _____

Data,

Firma e Timbro Medico
