

MODULO DI RICHIESTA AUSILI ASSISTENZIALI

da compilare a cura del medico di medicina generale

Nel caso di paziente con disabilità grave/gravissima si consiglia di confrontarsi con il medico specialista che lo ha in carico affinché gli ausili rientrino in uno specifico Piano Riabilitativo Individuale.

MEDICO OSPEDALIERO / MEDICO DI MEDICINA GENERALE Dr.

DATI ASSISTITO

Cognome e Nome

Data di nascita / /

Residente a

Via _____ n. _____

Tel./Cell. _____

Indirizzo e-mail _____

Domicilio per consegna ausili (se diverso da residenza)

Invalidità civile

Senza invalidità proposta domanda

Menomazione grave e permanente

Diagnosi:

TIMBRARE E SELEZIONARE	DESCRIZIONE	IMMAGINE ESEMPLIFICATIVA	DIMENSIONI PARTICOLARI	TIMBRARE E SELEZIONARE	DESCRIZIONE	IMMAGINE ESEMPLIFICATIVA	DIMENSIONI PARTICOLARI
	MATERASSO ANTIDECUBITO AD ARIA				CARROZZINA PIEGHEVOLE DI TRANSITO (manovrata da un accompagnatore)		
	LETTO ORTOPEDICO A MANOVELLA CON SPONDE DI CONTENIMENTO				SOLLEVATORE MECCANICO CON IMBRACATURA		
	CARROZZINA TELAIO RIGIDO (PRIVA DI AGGIUNTI) V				SEDIA PER WC E DOCCIA		
	CUSCINO ANTIDECUBITO				RIALZO WC		
					BALCANICA CON BASE		

NOTA BENE:

- La prescrizione contemporanea di letto, sponde, materasso e carrozzina rigida è riservata a pazienti allettati o che stanno seduti poche ore al giorno
- Il sollevatore è un presidio ingombrante e di difficile utilizzo: verificare che lo spazio e l'assistenza siano adeguati
- Si prescrive la carrozzina pieghevole a chi può uscire di casa qualche ora al giorno; in questo caso la carrozzina rigida viene generalmente ritirata
- Il materasso è indicato per pazienti allettati, il cuscino antidecubito per chi è costretto a stare seduto molte ore al giorno e sono generalmente alternativi
- La sedia doccia e il rialzo wc sono da prescrivere alternativamente

ATTENZIONE:

- **Il modulo deve essere accompagnato da ricetta rossa con scritto : "Prescrizione Ausili - vedi modulo allegato"**
- **I'USL CONSEGNERÀ GLI AUSILI, PREFERIBILMENTE DA MAGAZZINO, TRA QUELLI DISPONIBILI AL MOMENTO DELL'EVASIONE DELLA PRATICA**

Data

Timbro e firma del medico