

	S.S.N. REGIONE ABRUZZO ASL 2 LANCIANO VASTO CHIETI	Rev.1 30/12/2019	Pag.1/2
	MODULO DI PRESCRIZIONE DI AUSILI PER L'ASSORBENZA		MRIOSQA37-01

Cognome	Nome
Data di nascita	Luogo di nascita
Residente in	Via
Domicilio	Telefono

DIAGNOSI: ☐ *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)
- ☐ *Ritenzione urinaria (Se si segnalare)* ☐ **completa** ☐ **parziale**
☐ *Incontinenza fecale (Se si segnalare)* ☐ **con feci solide** ☐ **con feci liquide**

Il paziente utilizza: ☐ **Catetere vescicale a dimora** ☐ **Cateterismo ad intermittenza**

Sono presenti **fattori influenzanti la gestione della incontinenza?**

- ☐ grave deficit cognitivo
- ☐ grave deficit motorio *specificare se:* ☐ non deambulante o con grave difficoltà
☐ grave compromissione della manualità
- ☐ Incontinenza fecale concomitante
- ☐ Eritemi /Lesioni cutanee nelle regioni coperte dagli ausili assorbenti

In presenza di anche uno di tali fattori il prescrittore può cambiare la classe di prescrivibilità ad una superiore.

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 ed ha una durata annuale salvo diverse indicazioni del prescrittore. Nel caso la incontinenza sia segnalata irreversibile la prescrizione si intende definitiva.

Valutazione della incontinenza urinaria

Questionario ICI Q SF modificato (Allegato)

Risposta alla domanda 1 ☐

Risposta alla domanda 2 ☐

Entità incontinenza urinaria

- ☐ **Lievissima** ☐ **Lieve** ☐ **Media** ☐ **Grave** ☐ **Gravissima**

Data,

Firma e Timbro Medico

Legenda per valutazione entità incontinenza urinaria. 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 della eterogeneità di tali categorie, il medico prescrittore può decidere l'entità dell'incontinenza sulla base dei dati clinici, oppure, per una maggiore definizione del problema, può indirizzare il pz allo specialista che oltre a condurre l'iter diagnostico e terapeutico adeguato valuterà la gravità della incontinenza e la conseguente necessità prescrittiva (classe di prescrivibilità).

Da compilare da parte del medico prescrittore o dai Servizi Assistenza Integrativa e protesica

<i>barrare la classe</i>	<i>Classi di prescrivibilità di assorbenza</i>	<i>Indicare il n° di pezzi prescritti nei limiti dei tetti massimi indicati</i>	<i>Indicare con M l'esigenza di MODULABILITA' della prescrizione (a parità di costo complessivo)</i>	<i>Inserire i codici dei prodotti modulabili come da elenco "Prodotti prescrivibili"</i>	<i>Inserire il n° di pezzi per ogni codice di prodotto modulabile</i>
	Lievissima	NON INDICAZIONE A PRESCRIZIONE	== =	== =	== =
	Lieve (tetto max corrispondente al costo di 30 sagomati piccoli al mese)				
	Media (tetto max corrispondente al costo di 60 sagomati piccoli al mese)				
	Grave (tetto max corrispondente al costo di 90 sagomati grandi al mese)				
	Gravissima (tetto max corrispondente al costo di 120 pannoloni a mutandina grandi al mese)				

Durata della prescrizione:

- ☐ N° mesi (incontinenza stabilizzata)
☐ Annuale (incontinenza stabilizzata)

☐ Definitiva (incontinenza irreversibile)

Data

Firma e timbro medico

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)

ICI-Q-SF

Cognome e nome
Data di nascita

1. Quanto spesso le capita di perdere urina?

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

Mettere una "X" nella casella corrispondente alla risposta scelta

Punteggio

0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
No	compilare

2. Quanta urina perde per ogni singolo episodio di perdita?

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

Mettere una "X" nella casella corrispondente alla risposta scelta

Punteggio

0	
2	
4	
6	
No	compilare

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

Punteggio

0
1
2
3
4

5	
6	
7	
8	
9	
10	
No	compilare

4. Quando le capita di perdere urina?

- a. Mai
- b. Perdo urina ancor prima di essere giunta in bagno
- c. Con colpi di tosse e gli starnuti
- d. Quando sono coricata
- e. Durante lo svolgimento di qualsiasi attività fisica
- f. Quando ho terminato di urinare e mi sto rivestendo
- g. Senza una particolare ragione
- h. Incontinenza continua

Mettere una "X" nella casella corrispondente alla risposta scelta

Questa domanda non genera punteggio
