

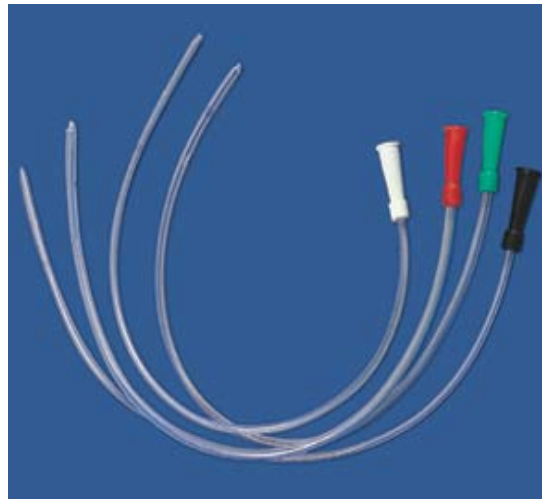


CATETERISMO VESCICALE INTERMITTENTE: ASPETTI PRESCRITTIVI

LORETTA DONA'

INFERMIERA

POLIAMBULATORI UROLOGIA DOLO



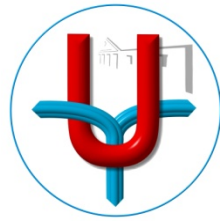
LA PRIMA PRESCRIZIONE DEI CATETERI



DEVE ESSERE EFFETTUATA DAL MEDICO SPECIALISTA

SU APPOSITO MODULO RILASCIATO DALL'ASL

MODULO PRESCRIZIONE



PRESCRIZIONE

Assistito/Assistita
Cognome _____ Nome _____ Nato/a _____ Prov. _____ il _____

C.F. _____ Residente a _____ Prov. _____ In (via, piazza, N°) _____

Diagnosi _____

La diagnosi è conseguente a infortunio sul lavoro e/o malattia professionale: SI NO

Si prescrive: (per ausili per la posizione seduta indicare la misura della seduta in cm _____)

Presidio descrizione	Codice nomenclatore
_____	_____
_____	_____
_____	_____

PROGRAMMA TERAPEUTICO:

Significato terapeutico e riabilitativo _____

Durata di impiego del presidio _____

Modalità di verifica _____

Variazioni prevedibili nel tempo _____

Possibili controindicazioni e limitazioni di impiego _____

NEL CASO DI RICHIESTA DI FORNITURA SUCCESSIVA ALLA PRIMA DICHIARARE SE:

E' trascorso il tempo minimo di rinnovo: SI NO E' riparabile (in caso di non idoneità): SI NO

Il presidio precedentemente fornito è ancora idoneo: SI NO Convenienza della riparazione: SI NO

Motivazione della riparazione/sostituzione (eventuale relazione tecnica in allegato) _____

IL MEDICO SPECIALISTA (Timbro e firma) _____

IL MEDICO RESPONSABILE U.O. (art 2 punto 1 comma g) del D.M. 332/99) (Timbro e firma) _____

Data compilazione _____ Data consegna ufficio protesica _____

AUTORIZZAZIONE

U.L.S.S. N. _____ prot. n. _____ data _____

Vista la prescrizione od il preventivo in allegato si autorizza per l'importo di

Fornitura con riserva di proprietà SI NO Riconducibilità ** SI NO

* Trattasi di bene con riserva di proprietà dell'U.L.S.S., da restituire all'U.L.S.S. alla cessazione dell'uso, contattando il distretto territoriale competente.
** Se la quota a carico dell'utente è superiore al 30% del costo dell'ausilio, lo stesso diventa di proprietà dell'utente con totale carico dei costi di gestione

Il responsabile U.L.S.S. (Timbro e Firma) _____

Data AUTORIZZAZIONE _____

Qualora l'assistito non si presenti, senza giustificato motivo, alla data fissata per il collaudo, da effettuarsi a cura dello specialista prescrittore entro 20 giorni dalla data di consegna dell'ausilio, ricorre nelle sanzioni fissate dalla Regione

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA E GRADIMENTO

Data _____

Firma Interessato e/o chi ne fa le veci _____ Firma Fornitore _____

DICHIARAZIONE DI COLLAUDO positivo negativo Si specifica motivazione _____

Data _____ Firma e timbro del Medico Specialista _____

DATI ANAGRAFICI
PAZIENTE

DIAGNOSI

CODICI DI
RIFERIMENTO
NOMENCLATORE

PROGRAMMA
TERAPEUTICO

1 - Copia Distretto (fascicolo utente)

MOD. U.L.S.S. e Centro Stampi U.L.S.S. 13 - Dato

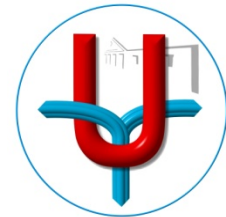


QUANTITA' RICHIESTA



- E' PREVISTA LA FORNITURA FINO A **120 CATETERI/MESE** (PARI A 4 CATETERI AL GIORNO)
- E' POSSIBILE FORNITURA **INTEGRATIVA CON RICHIESTA MOTIVATA DELLO SPECIALISTA DA RINNOVARE ANNUALMENTE**

**PER LE PERSONE CHE LAVORANO O
STUDIANO**



**SI POSSONO RICHIEDERE
FINO A 60 CATETERI
CON SACCA INTEGRATA
AL MESE**



SI POSSONO RICHIEDERE CON PRESCRIZIONE



ALTRI AUSILI COME :

- SACCHE DIURESI
- UROCONDOM
- FOLEY PER USO NOTTURNO





E' SEMPRE NECESSARIA
L'AUTORIZZAZIONE
DEL DISTRETTO SOCIO- SANITARIO

**LE PRESCRIZIONI SUCCESSIVE ALLA 1°
VENGONO ESEGUITE DAL MMG
MENTRE LE FORNITURE INTEGRATIVE
VANNO RINNOVATE ANNUALMENTE
DALLO SPECIALISTA**



**NELLA NOSTRA REALTA' DOLO /MIRANO ABBIAMO ATTIVATO
LA COMUNICAZIONE VIA MAIL TRA DISTRETTO ED UROLOGO
PER IL RINNOVO DELLE FORNITURE INTEGRATIVE**

**QUESTO PER FACILITARE E FAR MUOVERE MENO LE PERSONE
SPECIALMENTE SE DISABILI**



LA RICHIESTA DI INVALIDITA' NON E' PIU' NECESSARIA

- **IN SEGUITO ALLA MODIFICA DEL D.L 321
G.U N. 183 DEL 8/8/2001**
- **E' SUFFICIENTE LA PRESCRIZIONE**
- **SEMPRE NECESSARIA AUTORIZZAZIONE
DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO**



SCELTA DEL CATETERE

D. M. 332/99 art. 1 comma 5

L'ASSISTITO ASSIEME ALLO
SPECIALISTA **PUO' SCEGLIERE** IL TIPO
DI CATETERE CHE PIU' SI ADATTA
ALLE PROPRIE ESIGENZE



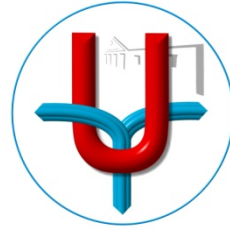
FORNITURA DEI CATETERI

- **DIRETTA TRAMITE FARMACIA OSPEDALIERA O DISTRETTO**
- **DOMICILIARE VIA CORRIERE**
- **INDIRETTA IL PAZIENTE SCEGLIE UN PUNTO VENDITA AUTORIZZATO**
- **SEMPRE DOPO AVVENUTA AUTORIZZAZIONE DA PARTE DEL DISTRETTO DI APPARTENENZA**

FORNITURA REALTA' DOLO MIRANO



**E' INDIRETTA IL PAZIENTE SCEGLIE
UN PUNTO VENDITA AUTORIZZATO
FARMACIA O SANITARIA DOVE
EFFETTUARE LA RICHIESTA E RITIRO
DEGLI AUSILI**



GRAZIE PER L'ATTENZIONE