

**MODULO AUS.1: PROPOSTA DI PRESCRIZIONE DI PRESIDI E/O AUSILI
DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE O PEDIATRA DI LIBERA SCELTA**



**SERVIZIO SANITARIO REGIONE SICILIANA – AZIENDA
SANITARIA PROVINCIALE N. 8 SIRACUSA**

U.O.C. Medicina Riabilitativa di Siracusa

medprot.sr@asp.sr.it tel. 0931/484611/4607/4708/4710/4719

U.O.S. Medicina Riabilitativa di Noto

medprot.noto@asp.sr.it tel. 0931/890505/510/524

U.O.S. Medicina Riabilitativa Lentini-Augusta

medprot.augusta@asp.sr.it tel. 0931/909313/9318 medprot.lentini@asp.sr.it tel. 095/909803/9812

Al Responsabile U.O.S. Medicina Riabilitativa

Distretto di: _____

L'Assistito/a _____ **nato/a** _____

il _____ **Via** _____ **Residenza** _____

Contatti assistito/familiare/Altro:

☐ Indirizzo Posta Elettronica _____

☐ Numeri di telefono _____

Affetto da _____

• NOTIZIE PARTICOLARI

(rispondere alle domande contrassegnando con una crocetta la casella che interessa)

Può essere trasportato con mezzi normali senza alcun pregiudizio? **SI () NO ()**

E' in grado di mangiare da solo? **SI () NO ()**

E' in grado di vestirsi da solo? **SI () NO ()**

E' in grado di svestirsi da solo? **SI () NO ()**

La stazione eretta è: () possibile con appoggio () possibile senza appoggio () impossibile La

posizione seduta è: () possibile con appoggio () possibile senza appoggio () impossibile La

collaborazione è: () presente () assente () parziale

• PROPOSTA DI PRESCRIZIONE:

() PRIMA RICHIESTA

() RINNOVO

L'assistito necessita dei seguenti ausili standard (scegliere l'ausilio tracciando una crocetta a fianco dell'ausilio)

<input type="checkbox"/> Sedia comoda	<input type="checkbox"/> Sedia comoda per wc e doccia
<input type="checkbox"/> Rialzo per wc	<input type="checkbox"/> Materasso antidecubito
<input type="checkbox"/> Letto a una manovella	<input type="checkbox"/> Supporto per alzarsi dal letto
<input type="checkbox"/> Letto a due manovelle	<input type="checkbox"/> Supporto per alzarsi dal letto
<input type="checkbox"/> Deambulatore	<input type="checkbox"/> Cuscino

• Condizioni clinico-assistenziali e grado di necessità della fornitura del presidio/ausilio:

☐ **Breve**

☐ **Urgente**

☐ **Differibile**

☐ **Programmabile**

Timbro e firma Medico Proponente (**Codice Regionale**)

Data _____

(Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta)

Questo stampato deve essere utilizzato per la proposta di prescrizione degli "ausili standard" sopraindicati. Negli altri casi, il MMG e il PLS dovrà compilare la normale richiesta di prestazione specialistica redatta su ricettario SSN. **Il Medico di Medicina Generale potrà richiedere alle strutture (ADI, ADI cure palliative, etc) qualora in trattamento, di formulare la richiesta dei dispositivi protesici.**