

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

ALLEGATO D

**PROPOSTA DI PRESCRIZIONE DA PARTE DEL MMG/PLS
PER PAZIENTI ALLETTATI
NELLE MORE DELLA VALUTAZIONE DA PARTE DEL CAD/MEDICO SPECIALISTA**

Cognome e nome _____

Residente in _____ via _____

Data di nascita _____

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

GIUDIZIO DIAGNOSTICO FINALE

Paziente affetto da incontinenza urinaria o fecale cronica di grado:

Lieve Media Grave Gravissima

Durata massima della prescrizione: 6 mesi

Data,

Firma e Timbro Medico
