

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

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

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)

**Incontinenza fecale**

Segnalare se il paziente utilizza:  Catetere vescicale a dimora  Cateterismo ad intermittenza

Sono presenti **fattori influenzanti la gestione della incontinenza** (In presenza di anche uno di tali fattori il prescrittore può cambiare la classe di prescrivibilità ad una superiore):

- grave deficit cognitivo
- grave deficit motorio specificare :
  - non deambulante o con grave difficoltà
  - grave compromissione della mobilità
- doppia incontinenza
- eritemi /lesioni cutanee nelle regioni coperte dagli ausili assorbenti

Indicare se 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 e/o irreversibile ed ha una durata annuale salvo diverse indicazioni del prescrittore. In caso di incontinenza stabilizzata la prescrizione ha durata annuale, salvo diverse indicazioni del prescrittore. Qualora l'incontinenza sia irreversibile la prescrizione si intende definitiva.*

### VALUTAZIONE DELL'INCONTINENZA URINARIA

Punteggio domanda 1 : .....

Punteggio domanda 2 : .....

### GIUDIZIO DIAGNOSTICO FINALE

Lieve       Media       Grave       Gravissima

#### Oppure

Cateterizzato       Incontinenza fecale       Entero-urostomizzato

#### Durata della prescrizione

Per la sola incontinenza stabilizzata       n. mesi .....       annuale

Per incontinenza irreversibile       definitiva

Data,

Firma e Timbro Medico

---

---

**Legenda per giudizio diagnostico: 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 di tali eterogeneità di categorie il medico prescrittore può decidere l'entità dell'incontinenza sulla base dei dati clinici oppure se MMG/PLS può indirizzare il paziente allo specialista che oltre a condurre l'iter diagnostico terapeutico adeguato valuterà la gravità dell'incontinenza e la conseguente necessità prescrittiva (classe di prescrivibilità)

## 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)

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

1. **Quanto spesso le capita di perdere urina?** Mettere una "X" nella casella corrispondente alla risposta scelta

0.	Mai	0
1.	Meno di una volta a settimana	1
2.	Circa una volta alla settimana	2
3.	Due o tre volte alla settimana	3
4.	Circa una volta al giorno	4
5.	Più volte al giorno	5
6.	Perdo urina in continuazione	6
<b>Punteggio</b>		

2. **Quanta urina perde per ogni singolo episodio di perdita?** Mettere una "X" nella casella corrispondente alla risposta scelta

a.	Non perdo urina	0
b.	Perdo piccole quantità di urina	2
c.	Perdo modeste quantità di urina	4
d.	Perdo abbondanti quantità d'urina	6
<b>Punteggio</b>		

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

0	
1	
2	
3	

4	
5	
6	
7	

8	
9	
10	

4. **Quando le capita di perdere urina?** Mettere una "X" nella casella corrispondente alla risposta scelta

Mai

Perdo urina ancor prima di essere giunta/o in bagno

Con colpi di tosse e gli starnuti

Quando sono coricata/o

Durante lo svolgimento di qualsiasi attività fisica

Quando ho terminato di urinare e mi sto rivestendo

Senza una particolare ragione

Incontinenza continua

**Questa domanda non genera punteggio**

**FIRMA DI CHI COMPILA**

**IN QUALITA' DI**

---

---

**MODELLO DI PRESCRIZIONE PER AUSILI ASSORBENTI L'URINA**

**Ad uso dei MMG e dei PLS per il rinnovo della fornitura in caso di fabbisogno invariato**

Si prescrive il rinnovo del fabbisogno annuale di ausili assorbenti l'urina per l'assistito:

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Data,

Firma e Timbro Medico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_