

MODULO D

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

**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
