

**RICHIESTA PRESIDI**

Assistito		Data di nascita	
Residente a	Via	telefono	
Tessera sanitaria n°		Esenzione patologia n°	
Invalidità civile		[ ] sì	[ ] no
		[ ] in accertamento	
Diagnosi			

**NECESSITA DI AUSILI PER INCONTINENZA (\*)**

riservato alla ASL

<input type="checkbox"/> pannoloni	N°/die	Cod.
<input type="checkbox"/> traverse letto	N°/die	Cod.
<input type="checkbox"/> catetere a permanenza tipo foley lattice	N°/mese	Cod.
<input type="checkbox"/> catetere a permanenza tipo foley silicone ch	N°/mese	Cod.
<input type="checkbox"/> catetere monouso	N°/mese	Cod.
<input type="checkbox"/> catetere esterno (condom)	N°/mese	Cod.
<input type="checkbox"/> sacche racc. urina da gamba	N°/mese	Cod.
<input type="checkbox"/> sacche raccolta urina da letto	N°/mese	Cod.
<input type="checkbox"/>	N°/mese	Cod.
Eventuali specificazioni		

**NECESSITA DI MATERIALE PER MEDICAZIONE DECUBITI (\*)**

<input type="checkbox"/> bendaggio 10 X 10	N° piaghe	N°	Cod.
<input type="checkbox"/> bendaggio 20 X 20	N° piaghe	N°	Cod.

(\*) fornitura massima concedibile secondo quanto previsto dalla normativa vigente

Data \_\_\_\_\_

timbro e firma del medico \_\_\_\_\_