

**SCHEMA DI PRESCRIZIONE E DI AUTORIZZAZIONE
DI CONVOGLIATORI E RACCOGLITORI URINARI**

Nelle more dell'attivazione della Piattaforma Informatizzata si utilizza il modulo cartaceo di prescrizione e autorizzazione di convogliatori e di raccoglitori urinari.

SEZIONE A) DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE	
Nome Cognome	
Codice fiscale	
Data di nascita	
Recapito Telefonico	
Indirizzo Mail	
Indirizzo di residenza	
Azienda ULSS di residenza/Regione	
Medico curante	

SEZIONE B) VALUTAZIONE CLINICA	
Tipologia di convogliatore	Diagnosi/Indicazioni
❖ Per ciascuna tipologia di convogliatore barrare l'indicazione per pazienti che necessitano permanentemente di cateterismo:	
☐ CATETERE A PERMANENZA (transuretrale)	☐ Ritenzione urinaria ☐ Vescica neurologica ☐ Cure palliative in un paziente terminale ☐ Incontinenza urinaria con lesioni della cute in atto ☐ Altro specificare:
☐ CATETERE A PERMANENZA (sovrappubico)	☐ Uretra intransitabile che preclude il cateterismo a permanenza transuretrale ☐ Condizioni cliniche quali lesioni da decubito o gangrena di Fournier ☐ Altro specificare:
☐ CATETERE AD INTERMITTENZA	☐ Ritenzione urinaria ☐ Vescica neurologica mielolesioni ☐ Vescica neurologica spina bifida ☐ Vescica neurologica sclerosi multipla ☐ Vescica neurologica altro ☐ Neovesica ☐ Altro specificare:
☐ CONDOM	☐ Incontinenza urinaria maschile ☐ Altro specificare:

SEZIONE C) VALUTAZIONE DEL DISPOSITIVO

- ❖ Si raccomanda di prescrivere gli ausili in base alle necessità individuali, senza necessariamente raggiungere la quantità massima prescrivibile mensilmente
- ❖ Il quantitativo massimo prescrivibile si riferisce alla tipologia di convogliatore (ad esempio per cateteri a intermittenza deve essere considerata la somma con sacca integrata e senza sacca)
- ❖ In caso di quantitativi eccedenti il massimale, la prescrizione è di competenza dello specialista e ha una durata massima di 12 mesi
- ❖ In caso di rinnovo, qualora il dispositivo prescritto sia invariato rispetto alla precedente fornitura, i campi relativi al codice prodotto specifico (CodRef) e alla ditta fornitrice possono non essere compilati; in tal caso è possibile riportare la dicitura «precedente fornitura».

Cateteri/Condom		Quantità mensile prescritta	Codice prodotto specifico (CodRef)	Ditta Fornitrice
☐ Cateteri a permanenza	☐ 09.24.03.003 Foley con scanalature (q max 2/mese) ☐ 09.24.03.006 Foley senza scanalature (q max 2/mese)			
☐ Cateteri ad intermittenza	☐ 09.24.06.006 Nelaton (q max 120/mese) ☐ 09.24.06.009 Tiemann (q max 120/mese) ☐ 09.24.06.103 autolubrificante a base di gel (q max 120/mese) ☐ 09.24.06.203 autolubrificante idrofilo in PVP o analogo (non pronto all'uso) (q max 120/mese) ☐ 09.24.06.303 autolubrificante idrofilo in PVP o analogo (pronto all'uso) (q max 120/mese) ☐ 09.24.06.403 autolubrificante a base di gel con sacca (q max 120/mese) ☐ 09.24.06.503 autolubrificante idrofilo CON SACCA (q max 120/mese)			
☐ Condom	☐ 09.24.21.003 guaina ipoallergenica (q max 60/mese)			
Raccoglitori di Urina (barrare i prodotti necessari)		Quantità mensile prescritta	Codice prodotto specifico (CodRef)	Ditta Fornitrice
☐ Sacca per urina da letto	☐ 09.27.04.006 monouso fondo chiuso (q max 30/mese)			
	☐ 09.27.05.003 riutilizzabile con rubinetto di scarico (q max 20/mese)			
☐ Sacca per urina da gamba	☐ 09.27.04.003 monouso (q max 30/mese)			
	☐ 09.27.05.006 riutilizzabile (q max 20/mese)			
Lubrificanti (barrare i prodotti necessari)		Quantità mensile prescritta	Codice prodotto specifico (CodRef)	Ditta Fornitrice
☐ Lubrificante per cateterismo (prescrivibile per cateteri 09.24.06.006 e 09.24.06.009)	☐ 09.21.18.003 lubrificante			

SEZIONE D) PRESCRIZIONE

- ❖ *Selezionare la propria qualifica barrando la casella corrispondente alla tipologia specifica di convogliatore prescritto nella Sezione B)*
- ❖ *La durata massima del piano è di 12 mesi; in presenza di stabilità clinica attestata, la durata complessiva del piano può essere estesa fino a 36 mesi.*

Per Cateteri a Permanenza transuretrali

Prescrittore: ☐Urologo ☐Fisiatra ☐Neurologo ☐Geriatra ☐Chirurgo pediatrico ☐Pediatria ospedaliero
☐Medico di Ruolo Unico (RU) ☐Pediatria di Libera Scelta (PLS)

Per Cateteri a Permanenza Sovrapubici

Prescrittore: ☐Urologo ☐Chirurgo pediatrico ☐Pediatria ospedaliero

Per Cateteri ad Intermittenza (CI)

Prescrittore: ☐Urologo ☐Fisiatra ☐Neurologo ☐Ginecologo (previa consulenza urologica)
☐Chirurgo pediatrico ☐Pediatria ospedaliero

In caso di stabilità clinica attestata dallo Specialista nella precedente prescrizione, il rinnovo può essere effettuato anche dal: ☐Medico di Ruolo Unico (RU) ☐Pediatria di Libera Scelta (PLS)

Per Condom urinari

Prescrittore: ☐Urologo ☐Fisiatra ☐Neurologo ☐Geriatra ☐Chirurgo pediatrico ☐Pediatria ospedaliero
☐Medico di Ruolo Unico (RU) ☐Pediatria di Libera Scelta (PLS)

Barrando la casella sottostante si attesta la stabilità clinica del paziente e si consente, nei casi previsti, il rinnovo automatico della prescrizione per ulteriori 24 mesi, fino a una durata complessiva massima del piano pari a 36 mesi

☐ DICHIARAZIONE DELLE CONDIZIONI DI STABILITÀ CLINICA PER RINNOVO FINO A VALIDITÀ MASSIMA DEL PIANO A 36 MESI
 (A CURA DELLO SPECIALISTA O, PER I SOLI CONDOM URINARI ANCHE DEL RU/PLS)

Si attesta che le condizioni clinico/terapeutiche del paziente sono ritenute irreversibili e/o non modificabili nel tempo, per:

- ☐ Qualità di vita mantenuta con il dispositivo
- ☐ Condizione anatomica non suscettibile di miglioramenti chirurgici o di altro natura
- ☐ Vescica atonica
- ☐ Vescica neurologica
- ☐ Neovescica
- ☐ Altro (specificare): _____

In caso di variazione del prodotto rispetto alla precedente prescrizione, il piano ha una validità massima di 12 mesi, e deve essere indicata la motivazione della variazione.

☐ VARIAZIONE PRESCRIZIONE/PRODOTTO:

Motivo variazione prescrizione/ prodotto:

- ☐ Peggioramento condizioni cliniche
- ☐ Ipersensibilità / allergia
- ☐ Altro (specificare): _____

Nome e cognome del medico prescrittore:

Timbro e firma del medico prescrittore

- Data di compilazione: _____
- Durata prescrizione in mesi (max 36 mesi): _____

SEZIONE E) AUTORIZZAZIONE ALLA FORNITURA DEI PRODOTTI PRESCRITTI
Spazio riservato al Distretto di residenza del paziente

- ❖ *Si ricorda che per i pazienti residenti extra ULSS/Regione ai fini della fornitura deve essere preventivamente raccolta l'autorizzazione al rimborso della spesa da parte della ULSS di residenza dell'assistito.*
- ❖ *Relativamente alla richiesta di autorizzazione l'Azienda Sanitaria deve esprimere un parere tempestivo (entro 5 giorni lavorativi) dalla consegna della prescrizione al fine di garantire l'erogazione dei prodotti richiesti entro e non oltre 5 giorni (lavorativi) dal ricevimento dell'autorizzazione, fatte salve eventuali problematiche di indisponibilità dei prodotti non prevedibili.*
- ❖ *Si precisa che, ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017, gli ausili monouso non sono più erogati in regime di assistenza protesica bensì come assistenza integrativa; pertanto, non deve essere più accertata la condizione di invalidità del paziente.*

Azienda ULSS di residenza:

- Verificata la competenza territoriale, l'utente risulta:
☐ domiciliato con richiesta autorizzazione Azienda ULSS di Residenza (extra Regione)
- Verificata la prescrizione e il rispetto delle quantità erogabili, si autorizza la fornitura dei dispositivi medici prescritti:
☐ sì ☐ no ☐ sì nelle quantità _____

Nome e cognome del direttore di distretto o delegato:

Timbro e firma del direttore di distretto (o delegato)

Data di autorizzazione

.....

Eventuali note: