

**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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_