

Richiesta e dichiarazione di scelta del paziente ausili per incontinenza

Il/la sottoscritto/a _____ cod. fiscale _____

in qualità di () paziente diretto interessato
() genitore/tutore/amministratore di sostegno
() coniuge/convivente/prossimo congiunto (precisare:.....)
(per persona con impedimento fisico e/o impossibilitata a firmare)

del paziente:
Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ Via _____

avvalendosi della facoltà di cui all' art. 46 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000;

- dichiara di voler ricevere gli ausili per incontinenza al proprio domicilio tramite il fornitore individuato, da Regione Lombardia, gara ARCA;
- di aver indicato, nella relativa casella nell'allegato A "Indicazione del piano terapeutico", tra i prodotti disponibili e nel rispetto di quanto previsto nel piano terapeutico e nel rispetto dei quantitativi massimi concedibili ai sensi del D.M. 332/99, i presidi che meglio rispettano le esigenze del diretto interessato in termini di misura/taglia e tipologia di prodotto;
- dichiara di aver preso visione e accettato le informazioni sul trattamento dei dati personali consultabili sul sito di ASST Valle Olona (Informativa generale ex art. 13 del Reg. UE n. 679/2016 Cod. A1107-P22-POL01-MS01); e autorizza, la ASST Valle Olona, ai sensi del D.L.vo 196/03 e Reg. UE 679/16, al trattamento dei dati personali/sensibili necessari all'espletamento della pratica, come indicato nel modulo Cod. A1107-P22-POL01-MD12 "Consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili - Modulo Generale Area Territoriale" consultabile sul sito di ASST Valle Olona;
- di precisare nel sotto riportato riquadro i dati personali e di residenza/domicilio del paziente

ANAGRAFICA PAZIENTE	
Cognome _____	Nome _____
data di nascita _____	luogo _____
residente a _____	in Via _____ n. _____
domiciliato a _____	in Via _____ n. _____
Cod. Fiscale _____	Telefono _____

di voler ricevere i presidi ad assorbenza per incontinenza al seguente domicilio:

Comune _____ Via _____ n. _____

Eventuale persona delegata al ritiro dei prodotti _____

Telefono _____ EMAIL: _____

data _____ Firma _____
(del paziente o delegato)

Allegare: prescrizione medica, fotocopia carta identità dell'assistito, verbale invalidità civile o, se istante in attesa di accertamento invalidità civile, ricevuta presentazione della domanda di invalidità civile e carta identità del richiedente se persona diversa dal paziente.

INDICAZIONI PIANO TERAPEUTICO

Nominativo paziente _____

<u>Pannolino a mutandina con strappi laterali</u>	<u>Q.tà*</u>	<u>Livello Assorbenza</u> (indicarlo solo per le taglie M,L ed XL; la S è solo con assorbenza extra)	
Taglia extra grande (XL)			
Taglia grande (L)		SUPER (3/4)	
Taglia media (M)		EXTRA (2/4)	
Taglia piccola (S)			
<u>Pants (slip assorbente)**</u>	<u>Q.tà*</u>	<u>Pannolino a cintura</u>	<u>Q.tà</u>
Taglia extra grande (XL)		Taglia extra grande (XL)	
Taglia grande (L)		Taglia grande (L)	
Taglia medio (M)		Taglia media (M)	
Taglia piccolo (S)		Taglia piccola (S)	
<u>Pannolini sagomati</u> (da utilizzare con mutandina a rete riutilizzabili)	<u>Q.tà*</u>	<u>Mutandine Rete riutilizzabili</u> (9pz/trimestre) indicare la taglia scelta	
Formato grande (MAXI 4/4)		Extra Extra Grande (XXL)	
Formato medio (SUPER 3/4)		Extra Grande (XL)	
Formato piccolo (EXTRA 2/4)		Grande (L)	
<u>Pannolino rettangolare c/barriera</u>		Media (M)	
<u>Pannolino rettangolare s/barriera</u>		Piccola (S)	
<u>Pannolini a striscia con adesivo (tipo Lady)</u>	<u>Q.tà*</u>	<u>Pannolino uomo (triangolo)</u>	<u>Q.tà*</u>
Formato grande (MAXI 4/4)		Man Extra (misura unica - ass. 2/4)	
Formato medio (SUPER 3/4)			
Formato piccolo (EXTRA 2/4)			
Formato extra piccolo (NORMAL 1/4)			
<u>Traverse salva materasso</u>	<u>Q.tà*</u>	<u>NOTE:</u>	
Rimboccabili 80 x 180			
Non imboccabili 60 x90			

* Max 4pz/die cioè 120pz/mese (360pz/trimestre) in totale (incluse traverse ove prescritte) o, in caso di presidi con costo più alto, fino a raggiungimento del tetto massimo di spesa stabilito dalla Regione.

**Erogabili solo per assistiti autonomi e con lieve/moderata incontinenza.

Periodicità di consegna 90 giorni, salvo diversa indicazione.

La fornitura non utilizzata (per decesso, ricovero in RSA, trasferimento, miglioria etc...) dovrà essere restituita.

Data _____

Firma _____
(del paziente o delegato)