



Modi e tempi di impiego del presidio (indicare ore nella giornata o giorni nella settimana o altro e l'eventuale necessità di aiuto o supervisione nell'impiego, durata del fabbisogno per i presidi monouso):

Eventuali controindicazioni e limiti d'impiego: _____

Presidio soggetto a collaudo SI NO

Previsione rinnovo prescrizione : _____

La presente prescrizione è "Urgente prima di dimissione" SI NO

Se SI indicare la data presunta delle dimissioni : _____

Data

Timbro e Firma del medico prescrittore

(Si precisa che, ogni campo dovrà essere accuratamente compilato secondo quanto richiesto, al fine di permettere la disamina della richiesta in tempi congrui)



MODULO PER LA PRESCRIZIONE DI PRESIDI PROTESICI EXTRANOMENCLATORE
D.M. 332/99 Art. 1 Comma 5 e DPCM 12/01/2017 Art. 18 Comma 8

SI CERTIFICA CHE

L'assistito: Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ____ / ____ / _____ Luogo di nascita _____

Residenza Via _____ n. _____ comune _____ prov. _____

Codice Fiscale _____ telefono _____

AFFETTO/A DALLA SEGUENTE GRAVE PATOLOGIA:

(diagnosi circostanziata, che scaturisca da una completa valutazione clinica e strumentale dell'assistito)

(allegare eventuale opportuna documentazione clinica di supporto a quanto sopra relazionato)

NECESSITA E PERTANTO SI PRESCRIVE

il seguente AUSILIO/ORTESI/PROTESI/MATERIALE DI CONSUMO.

TIPO

(barrare una delle due opzioni)

SPECIFICO SI NO

Se "si" esplicitare le motivazioni della specificità e conseguente "esclusività" di quanto richiesto e gli elementi che non ne permettono la fornitura in ragione di compatibilità per caratteristiche tecniche, tipologia, efficacia

COMPATIBILE SI NO Se "si" specificare le caratteristiche tecniche, la tipologia di quanto richiesto che per compatibilità possono essere richieste a più fornitori:

Oggetto : Istanza presidi assistenza protesica/ausili monouso – AutocertificazioneIl/La sottoscritto/a _____ Codice Fiscale _____
Recapiti telefonici / e-mail _____**CHIEDE**La fornitura di presidi di assistenza protesica o ausili monouso come da prescrizione allegata alla presente redatta da
(indicare medico e struttura) _____ in data _____

A tal fine consapevole delle sanzioni civili e penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci dichiara:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (Art.46 e 47 DPR 445 del 28 dicembre 2000)di essere nato il ____/____/____ a _____
di essere residente in Via/P.zza _____ Città _____
di risiedere all'indirizzo di cui sopra a far data dal _____

- di impegnarsi (qualora il presidio richiesto sia su misura o di serie adattato da parte di un operatore sanitario) a sottoporre quanto fornito al collaudo da parte dello specialista prescrittore o della Sua Unità operativa entro 15 gg dalla consegna e produrne le risultanze entro i successivi 5 giorni alla ASL;
- di assumersi l'impegno di comunicare alla ASL le eventuali variazioni dello stato di invalidità a seguito di accertamento della commissione medica INPS;
- **di autorizzare questa Azienda Sanitaria Locale al trattamento dei propri dati personali e sensibili;**
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 'Regolamento Generale sulla protezione dei dati e della normativa italiana vigente per la protezione dei dati personali, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere altresì informato che **il titolare del trattamento dei dati conferiti è il Direttore UOC assistenza protesica e integrativa e, su sua delega, i Responsabili delle UU.OO.SS. agnuno per la competenza del proprio Distretto territoriale**, ai sensi dell'art. 28 del D.lgs. 196/2003. Gli estremi identificativi del titolare sono resi pubblici sul sito Aziendale;
- di non avere ottenuto quanto prescritto da altre istituzioni od enti, né di richiederlo successivamente;
- di impegnarsi a restituire i presidi ricevuti, qualora non siano più necessari o idonei alle proprie esigenze, alla ASL per il servizio di riutilizzo o a richiedere la cessazione della fornitura;
- di essere a conoscenza della gratuità della fornitura dei presidi previsti dalla normativa e della illegittimità di eventuali richieste economiche da parte della ditta fornitrice (ad eccezione di eventuali spese per la consegna a domicilio e/o montaggio per i presidi nuovi);
- di essere altresì a conoscenza dei costi da sostenere a proprio carico qualora la prescrizione riguardi presidi riconducibili ovvero nel caso di presidi appartenenti ad una delle tipologie previste dalla normativa ma con caratteristiche strutturali o funzionali o estetiche non indicate nella descrizione contenuta nel nomenclatore e scelte dall'assistito (es. qualità materiate presidio);
- di essere a conoscenza che in caso di smarrimento del presidio la ASL potrà **per una sola volta**, prima che siano scaduti i tempi di rinnovo previsti dalla normativa, procedere ad autorizzare la sostituzione del medesimo presidio a proprio carico;
- di aver / non aver (barrare l'opzione non valida) stipulato per il presidio oggetto dell'istanza polizza assicurativa volta a sostituzione e/o rimborso del presidio;
- di assumersi la responsabilità della custodia e della buona tenuta del presidio che verrà erogato;
- che i dati prodotti sono veritieri e sussistenti alla data odierna.

Luogo e Data _____ Firma _____

(in caso di minore o soggetto impossibilitato alla firma, il presente documento è sottoscritto da un familiare (nome cognome e grado di parentela) identificato a mezzo _____

ASL Roma 2 P.IVA 13665151000

Sede Legale Via Filippo Meda, 35 -

00157 Roma



ASL
ROMA 2



REGIONE
LAZIO

ALLEGATI:

- 1) Prescrizione in originale effettuata da medico specialista di struttura pubblica
- 2) Fotocopia di un documento d'identità in corso di validità e della tessera sanitaria (solo in caso di prima istanza)
- 3) Fotocopia del verbale di invalidità con indicazione delle patologie (solo in caso di prima istanza o aggravamento, non necessario per assistiti minorenni o per presidi monouso)
- 4) Eventuale sentenza del giudice con allegata relazione del CTU (consulente tecnico d'ufficio) (solo in caso di prima istanza o aggravamento, non necessario per assistiti minorenni o per presidi monouso)
- 5) Fotocopia della ricevuta di presentazione domanda per riconoscimento invalidità civile e del certificato allegato ove necessario (solo in caso di prima istanza o aggravamento, non necessario per assistiti minorenni o per presidi monouso)
- 6) Eventuale delega con fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del delegato
- 7) Se già predisposto, preventivo del fornitore scelto tra le Ditte presenti nell'elenco regionale consultabile sul sito regionale



All'Assistente Sociale

Dr./Dr.ssa _____

Oggetto: richiesta indagine sociale per rilascio autorizzazioni montascale e/o carrozzine elettriche

Si invita la S.V. a procedere all'indagine in oggetto al fine di attestare l'indispensabilità del seguente/i dispositivi/i

Prescritto per (diagnosi) : _____

Al Sig. /Sig.ra _____

Domicilio _____ Recapiti telefonici : _____

Il responsabile aziendale per l'Assistenza Protetica

Dr./Dr.ssa _____

Valutazione sociale:

Si attesta che il sig./sig.ra _____

- non necessita
 necessita indispensabilmente del presidio sopra indicato, in quanto rispondente ai requisiti.

Note

Data, _____

Firma _____

Parere sanitario Medico: parere favorevole parere sfavorevole

Verifica requisiti strutturali e misure carrozzina:

<u>Modello del cingolato:</u> Portata massima: _____	<u>Note</u> Verifica del peso dell'assistito
<u>Scale</u> Altezza scalino: _____ Profondità scalino: _____ Numero totale scalini: _____	<u>Note</u> Altezza massima di 24 Inclinazione superabile: max 35° pari al 70% di pendenza Attenzione se gli scalini sono "stondati"
<u>Pianerottolo</u> Larghezza: _____ Lunghezza: _____	<u>Note</u> Misure minime 97x97 cm Se il cingolato monta delle piattaforme le misure aumentano ad un minimo di 130 cm
<u>Tipo di carrozzina usata</u> <u>Standard/leggera/Superleggera a telaio pieghevole</u> Larghezza interna: _____ Larghezza totale: _____ Pedana doppia: _____ Altezza schienale _____ <u>Superleggera a telaio rigido</u> Larghezza interna: _____ Larghezza totale: _____ Altezza pedana da terra _____ Altezza schienale _____ <u>Carrozzina basculante</u> Larghezza interna: _____ Larghezza totale: _____ Pedana doppia: _____ Altezza schienale _____ Ruote minori di 300: _____	<u>Note</u> Attenzione a verificare la presenza: Di routine da transito Tipo di pedana (si può aprire?) Antiribaltamento Presenza schienale posturale Presenza di asse stabilizzante: Attenzione agli schienali inclinabili
L'accompagnatore va debitamente istruito all'atto della consegna da tecnico abilitato	

Note

Data, _____

Firma _____



ASL
ROMA 2



REGIONE
LAZIO

UOC Assistenza protesica e integrativa
Direttore dr. Giovanni Aloise
Coord. e referente del Direttore d.ssa O. Liello
Via Duilio Cambellotti 11 - 00133

DELEGA

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente in via _____ città _____

Delega il sig./ Sanitaria _____

Alla consegna e ritiro per mio conto dei documenti relativi alla richiesta di fornitura del/degli
ausilio/i sottoelencati

e/o del materiale monouso _____

Roma _____

Firma _____

Documento identità: _____ n. _____ rilasciato a _____

Il _____

In caso di minore o soggetto impossibilitato alla firma il presente documento è sotoascritto da un
familiare (nome cognome e grado di parentela) indentificato a mezzo:

documento _____ n. _____ rilasciato a _____

Il _____