



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Servizio Sanitario – Regione Sardegna
ASL _____

Allegato 1A

ASSISTENZA PROTESICA
Modello di Prescrizione Specialistica - Dimissione Ospedaliera

☐ **Assistito – Dati anagrafici**

NOME _____ COGNOME _____ ETA': _____

Nato a _____ il _____ C.F. _____

Residente in _____ Via _____ N° _____

(se indirizzo diverso da residenza) Domicilio in _____ via _____ n° _____

- **Valutazione della disabilità e programma riabilitativo**

Diagnosi clinica

- **Valutazione del deficit**

- **Valutazione funzionale e abilità residue**

- **Valutazione delle attività, azioni da supportare e/o compensare**

- **Obiettivi riabilitativi in relazione alla valutazione delle abilità motorie, intellettive e ambientali compatibili con il presidio proposto**

- **Tempi di impiego previsti**

- **PERMANENTE O TEMPORANEO**



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

• **Presidi proposti**

Descrizione Presidio	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità

Qualora il presidio non sia espressamente contemplato nel NT e sia riconducibile, ai sensi del comma 5 dell'art. 17 del DPCM 12 gennaio 2017 per omogeneità funzionale, apporre la dicitura **“riconducibile per omogeneità funzionale”**

In caso di fornitura successiva alla prima indicare:

a se trattasi di fornitura che **ha superato** i tempi minimi di rinnovo ed è

☐ guasto ☐ rotto ☐ usurato

☐ data dell'ultima fornitura _____

☐ dichiaro che non è convenientemente riparabile

b se trattasi di fornitura che ha **non superato** i tempi minimi di rinnovo

(condizioni di cui al co. 10 dell'art. 18 del DPCM 12 gennaio 2017)

trattasi di presidio: ☐ guasto ☐ rotto ☐ usurato

☐ sostituzione componenti usurate

☐ Altro _____

☐ dichiaro che non è convenientemente riparabile

(condizioni di cui al co. 10 dell'art. 18 del DPCM 12 gennaio 2017)

☐ modifica dello stato psico-fisico (allegare relazione dettagliata)

☐ particolari necessità terapeutiche (allegare relazione dettagliata)

c **se trattasi di minore di anni 18**

☐ rinnovo dovuto ad esigenze correlata all'età evolutiva



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- ☐ rinnovo non dovuto ad esigenze correlate all'età evolutiva ma ai casi di cui sopra (indicare)

Situazione dell'avente diritto

Lettera a dell'art. 18, comma 1 del DPCM 12 gennaio 2017

- ☐ **invalido già riconosciuto** (invalido civile, di guerra, di servizio, privo di vista, sordomuto)

Lettera b dell'art. 18, comma 1 del DPCM 12 gennaio 2017

- ☐ **minori di anni 18** che necessitano di un intervento di prevenzione, cura e riabilitazione di un'invalidità grave e permanente

Lettera c dell'art. 18, comma 1 del DPCM 12 gennaio 2017

- ☐ **invalido già riconosciuto** (invalido civile, di guerra, di servizio, privo di vista, sordomuto) affette da gravissime patologie evolutive o degenerative che hanno determinato menomazioni permanenti insorte in epoca successiva al riconoscimento dell'invalidità, in relazione alle medesime menomazioni, accertate dal medico specialista (lettera c dell'art. 18, comma 1 del DPCM 12 gennaio 2017)

Lettera d dell'art. 18, comma 1 del DPCM 12 gennaio 2017

- ☐ **istante in attesa di riconoscimento dell'invalidità** in cui siano state accertate, dalle competenti commissioni mediche, menomazioni che, singolarmente, per concorso o coesistenza, comportano una riduzione della capacità lavorativa superiore a un terzo, in relazione alle suddette menomazioni risultanti dai verbali di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 15 ottobre 1990, n. 295

Lettera e dell'art. 18, comma 1 del DPCM 12 gennaio 2017

- ☐ **istante in attesa di accertamento dell'invalidità** per il quale il medico specialista prescrittore attesti la necessità e urgenza di una protesi, di un'ortesi o di un ausilio per la tempestiva attivazione di un piano riabilitativo assistenziale, in relazione alle menomazioni certificate ai fini del riconoscimento dell'invalidità.

Lettera f dell'art. 18, comma 1 del DPCM 12 gennaio 2017

- ☐ **paziente ricoverato in una struttura sanitaria accreditata**, pubblica o privata, per le quali il medico responsabile dell'unità operativa certifichi la presenza di una menomazione grave e permanente e la necessità e l'urgenza dell'applicazione di una protesi, di un'ortesi o di un ausilio prima della dimissione, per l'attivazione tempestiva o la conduzione del piano riabilitativo assistenziale. Contestualmente alla fornitura della protesi o dell'ortesi deve essere avviata la procedura per il riconoscimento dell'invalidità.

Lettera g dell'art. 18, comma 1 del DPCM 12 gennaio 2017

- ☐ **paziente amputato d'arto**
- ☐ **paziente con malformazione congenita che comporti l'assenza di una o di entrambe le mammelle o della sola ghiandola mammaria ovvero che abbiano subito un intervento di mastectomia**



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

☐ **paziente che ha subito intervento demolitore dell'occhio**

Lettera h dell'art. 18, comma 1 del DPCM 12 gennaio 2017

- **paziente affetto da malattia rara** (allegato 7 DPCM 12 gennaio 2017)

PRESCRIZIONE AI SENSI DELL'ART. 18, comma 1, lettera f del DPCM 12 gennaio 2017

- PRESCRIZIONE SPECIALISTICA DA PARTE DI STRUTTURA DI RICOVERO PUBBLICA

ASL_____PRESIDIO OSPEDALIERO_____

UNITA' OPERATIVA DI _____

- PRESCRIZIONE SPECIALISTICA DA PARTE DI STRUTTURA DI RICOVERO ACCREDITATA

ASL_____PRESIDIO OSPEDALIERO_____

UNITA' OPERATIVA DI _____

Si certifica che il paziente sopra indicato è ricoverato presso questa Unità Operativa e necessita con urgenza del dispositivo prescritto prima della dimissione in quanto affetto grave e permanente menomazione che richiede una tempestiva attivazione del progetto riabilitativo.

Data_____

Il Responsabile dell'Unità Operativa Ospedaliera
