

DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER TIPOLOGIA DI PRESCRIZIONE

	INVALIDITA' 100% oppure < 100%
<ul style="list-style-type: none"> • SEDIA PER WC E DOCCIA • SEDIA GIREVOLE PER VASCA • RIALZO STABILIZZANTE WC • CARROZZINE RIGIDE • LETTO AD UNA O DUE MANOVELLE • SPONDE • TRAPEZIO • MATERASSO ANTIDECUBITO • CUSCINO ANTIDECUBITO 	<p>Se <u>INVALIDITA' 100%</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • PRESCRIZIONE MEDICO DI BASE (MOD. A -ASLTO5 "PRESCRIZIONE AUSILI NON PERSONALIZZATI PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE" oppure MOD.B – ASLTO5 "PRESCRIZIONE AUSILI NON PERSONALIZZATI PER L'ASSISTENZA IN RSA" <p align="center"><u>oppure</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • PRESCRIZIONE MEDICO SPECIALISTA DI STRUTTURA PUBBLICA (MOD. PROTESICA REGIONE PIEMONTE) <p>Se <u>INVALIDITA' < 100%</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • PRESCRIZIONE MEDICO SPECIALISTA DI STRUTTURA PUBBLICA (MOD. PROTESICA REGIONE PIEMONTE) • COPIA VERBALE INVALIDITA' CON DIAGNOSI • INFORMATIVA COMODATO D'USO (data e firma) (MOD. ASLTO5 M.A. 81 Rev.3 22/09/2014) • SCELTA FORNITURA + INFORMATIVA COLLAUDO (da compilare, con data e firma) (MOD. ASLTO5 M.A. 30 Rev. 2 16/03/2022 + M.A. CH 37 Rev. 11 27/01/2017)
<ul style="list-style-type: none"> • LETTO ELETTRICO • DEAMBULATORE • TRIPODE • CARROZZINA PIEGHEVOLE 	<ul style="list-style-type: none"> • COPIA VERBALE INVALIDITA' CON DIAGNOSI • PRESCRIZIONE MEDICO SPECIALISTA DI STRUTTURA PUBBLICA (MOD. PROTESICA REGIONE PIEMONTE)

<ul style="list-style-type: none"> • SOLLEVAMALATI MANUALE O ELETTRICO • CARROZZINA ELETTRICA O SCOOTER • SEGGIOLONE POLIFUNZIONALE • STABILIZZATORI • UNITA' POSTURALI 	<ul style="list-style-type: none"> • INFORMATIVA COMODATO D'USO(data e firma) (MOD. ASLTO5 M.A. 81 Rev.3 22/09/2014) • SCELTA FORNITURA + INFORMATIVA COLLAUDO (da compilare, con data e firma) (MOD. ASLTO5 M.A. 30 Rev. 2 16/03/2022 + M.A. CH 37 Rev. 11 27/01/2017) • RICHIESTA FORMAZIONE UTILIZZO SOLLEVATORE (MOD. ASLTO5 ALL.1 e ALL.2 - MODULO PRESA IN CARICO RIABILITATIVO) • PREVENTIVO DI SPESA RILASCIATO DA NEGOZIO ORTOPEDIA a scelta dell'assistito per CARROZZINA PIEGHEVOLE, SEGGIOLONE POLIFUNZIONALE, STABILIZZATORE, UNITA' POSTURALE, CARROZZINA ELETTRICA PER USO ESTERNO O SCOOTER (se ausilio non presente in magazzino e non incluso in gara) • VALUTAZIONE FINALIZZATA ALLA PRESCRIZIONE DELLA CARROZZINA ELETTRICA PER USO ESTERNO/SCOOTER (MOD. ASLTO5 ALL.5) • RELAZIONE MEDICO PRESCRITTORE PER LETTO ELETTRICO CON DICITURA <i>"PAZIENTE IN GRADO DI UTILIZZARE AUTONOMAMENTE I COMANDI E NON ASSISTITO 24 ORE CONTINUATIVE"</i> •
---	--

<ul style="list-style-type: none"> • MONTASCALE MOBILE 	<ul style="list-style-type: none"> • RELAZIONE SOCIO-SANITARIA PREVENTIVA (rilasciata dal CSSAC) • RELAZIONE TECNICA-AMBIENTALE (rilasciata dal Servizio Tecnico del Comune) • COPIA VERBALE INVALIDITA' CON DIAGNOSI • INFORMATIVA COMODATO D'USO (data e firma) (MOD. ASLTO5 M.A. 81 Rev.3 22/09/2014) • SCELTA FORNITURA + INFORMATIVA COLLAUDO (da compilare, con data e firma) (MOD. ASLTO5 M.A. 30 Rev. 2 16/03/2022 + M.A. CH 37 Rev. 11 27/01/2017) • INDIVIDUAZIONE UTILIZZATORI AUTORIZZATI (MOD. ASLTO5 M.A. 99 Rev. 0 01/10/2018 da compilare e firmare) • VALUTAZIONE FINALIZZATA ALLA PRESCRIZIONE DEL MONTASCALE (MOD. ASLTO5 ALL. 3) in presenza di <i>PRESCRIZIONE MEDICO SPECIALISTA STRUTTURA PUBBLICA SU MOD. REGIONE</i> • RICHIESTA MEDICO DI BASE CON DICITURA "VALUTAZIONE PER LA FORNITURA DI MONTASCALE" (visita domiciliare per l'assistito richiesta dall' Ufficio Protesica) in assenza di <i>PRESCRIZIONE MEDICO SPECIALISTA STRUTTURA PUBBLICA SU MOD. REGIONE</i> • RICHIESTA DI SOPRALLUOGO PER VALUTAZIONE COMPATIBILITA' DEL MONTASCALE (ALL. 4)
<ul style="list-style-type: none"> • BUSTI • CALZATURE E PLANTARI • PROTESI OCULARI • PRESIDI PER IPO E NON VEDENTI 	<ul style="list-style-type: none"> • PRESCRIZIONE MEDICO SPECIALISTA DI STRUTTURA PUBBLICA (MOD. PROTESICA REGIONE PIEMONTE) • PREVENTIVO DI SPESA RILASCIATO DA NEGOZIO ORTOPEDIA a scelta dell'assistito • COPIA VERBALE INVALIDITA' CON DIAGNOSI

<ul style="list-style-type: none"> • TUTORI • AUSILI PER LA COMUNICAZIONE 	
<ul style="list-style-type: none"> • PROTESI ACUSTICHE 	<ul style="list-style-type: none"> • PRESCRIZIONE MEDICO SPECIALISTA DI STRUTTURA PUBBLICA (MOD. PROTESICA REGIONE PIEMONTE) • SCHEDA ANAMNESTICA DELLO SPECIALISTA • ESAME AUDIOMETRICO TONALE RECENTE • PREVENTIVO DI SPESA RILASCIATO DA NEGOZIO ORTOPEDIA a scelta dell'assistito • COPIA VERBALE INVALIDITA' CON DIAGNOSI
<ul style="list-style-type: none"> • PROTESI DI ARTO E PROTESI MAMMARIA 	<ul style="list-style-type: none"> • PRESCRIZIONE MEDICO SPECIALISTA DI STRUTTURA PUBBLICA (MOD. PROTESICA REGIONE PIEMONTE) (PER PROTESI MAMMARIA E' SUFFICIENTE PRESCRIZIONE MEDICO DI BASE) • PREVENTIVO DI SPESA RILASCIATO DA NEGOZIO ORTOPEDIA a scelta dell'assistito
<ul style="list-style-type: none"> • MICROINFUSORI PER DIABETICI E MATERIALE DI CONSUMO 	<ul style="list-style-type: none"> • PRESCRIZIONE MEDICO SPECIALISTA DI STRUTTURA PUBBLICA (MOD. PROTESICA REGIONE PIEMONTE) • AUTORIZZAZIONE ALLA CONSEGNA A DOMICILIO MATERIALE INTEGRATIVA per Servizio Farmaceutico ASLTO5 (MOD. ASLTO5)
<ul style="list-style-type: none"> • VENTILOTERAPIA (Cpap, Autocpap, Ventilatori, Aspiratori, Saturimetri, Macchine per Assistenza alla tosse, Macchine per le secrezioni, Concentratori di Ossigeno) 	<ul style="list-style-type: none"> • PRESCRIZIONE MEDICO SPECIALISTA DI STRUTTURA PUBBLICA (MOD. PROTESICA REGIONE PIEMONTE) • COPIA VERBALE INVALIDITA' CON DIAGNOSI oppure presentazione DOMANDA INVALIDITA' PRESENTATA AL MEDICO DI BASE + RICEVUTA CONSEGNA AL CAF • INFORMATIVA NOLEGGIO VENTILOTERAPIA (MOD. ASLTO5 M.A. CH 38 rev. 12 17/06/2016)
<ul style="list-style-type: none"> • VAC TERAPIA 	<ul style="list-style-type: none"> • MODULO DA INVIARE AL MEDICO PRESCRITTORE (M.A. CH 32 rev. 0 del 17/06/2016)

<ul style="list-style-type: none"> • MATERIALE DI MEDICAZIONE 	<ul style="list-style-type: none"> • PRESCRIZIONE MEDICO SPECIALISTA DI STRUTTURA PUBBLICA (MOD. REGIONE PIEMONTE) CON ENTRAMBE LE FACCIATE COMPILATE COMPLETAMENTE E INDICAZIONE DEL TIPO DI MEDICAZIONE, DI EVENTUALI MISURE E DELLA QUANTITÀ RICHIESTA, DURATA DEL PIANO TERAPEUTICO E DATA DI EMISSIONE DEL PIANO, TIMBRO E FIRMA DELLO SPECIALISTA (oppure PRESCRIZIONE MEDICO DI BASE per medicazioni prescrivibili, con indicazioni sopra descritte) • PER RINNOVO MENSILE, FINO A SCADENZA DEL PIANO TERAPEUTICO SPECIALISTICO, È SUFFICIENTE RICHIESTA DEL MEDICO DI BASE
<ul style="list-style-type: none"> • PRESIDI PER INCONTINENZA (PANNOLONI E TRAVERSE) 	<ul style="list-style-type: none"> • MOD. REGIONALE compilato DA MEDICO DI BASE indicante ANCHE LA CLASSE DI INCONTINENZA, IL CODICE ISO DEI PRESIDI RICHIESTI, IL QUANTITATIVO PER OGNI CODICE ISO
<ul style="list-style-type: none"> • PRESIDI UROLOGICI/STOMIE (CATETERI, SACCHE, STOMIE, ECC.) 	<ul style="list-style-type: none"> • PRESCRIZIONE MEDICO SPECIALISTA DI STRUTTURA PUBBLICA CON DATA DI EMISSIONE DEL PIANO TERAPEUTICO, I CODICI ISO RICHIESTI, IL QUANTITATIVO MENSILE PER OGNI CODICE, IL TIMBRO E LA FIRMA DELLO SPECIALISTA PRESCRITTORE (M.A. 38 rev. 4 del 29/07/2014) • PIANO PER EROGAZIONE DEGLI AUSILI PER L'INCONTINENZA in caso di RINNOVO ANNUALE SENZA MODIFICHE PIANO TERAPEUTICO, compilato da MEDICO DI BASE su proprio modello.
<ul style="list-style-type: none"> • MATERIALE DI CONSUMO DA RICHIEDERE AL SERVIZIO FARMACEUTICO DELL'ASLTO5 	<ul style="list-style-type: none"> • PRESCRIZIONE MEDICO SPECIALISTA DI STRUTTURA PUBBLICA (MOD. PROTESICA REGIONE PIEMONTE) • AUTORIZZAZIONE ALLA CONSEGNA A DOMICILIO MATERIALE INTEGRATIVA per Servizio Farmaceutico ASLTO5 (MOD. ASLTO5)