



A.S.L. TO5

Azienda Sanitaria Locale
di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino

Sede Legale - Piazza Silvio Pellico, 1 - 10023 Chieri (To) - tel. 011 94291 - C.F. e P.I. 06827170017

___ I ___ Sig. _____

Richiede fornitura di montascale, se ne è verificata l'opportunità in base ai dati clinici e di autonomia con lo scopo di un miglior funzionamento della Persona ai sensi dell'ICF della WHO.

A seguito di valutazione tecnica (allegata in cartella ASL, ufficio Protesica) emerge che sia tecnicamente adeguato un montascale:

__ \ a cingolo

__ \ a tre ruote, in quanto non utilizzabile quello a cingolo

Si procede pertanto alla prescrizione previa individuazione del\dei care givers deputati all'utilizzo

INDIVIDUAZIONE DEGLI UTILIZZATORI AUTORIZZATI

Con la presente vengono individuati come **assistenti (care givers)**

ESCLUSIVAMENTE AUTORIZZATI A CONDURRE IL MONTASCALE, e che verranno istruiti all'uso, i signori:

1) Care giver principale dell'utente in oggetto (relazione di parentela o professionale)

Cognome e Nome _____

2) Care giver ulteriore dell'utente in oggetto (relazione di parentela o professionale)

Cognome e Nome _____

Si procede all'informazione dei medesimi sui **RISCHI** conseguenti all'utilizzo del montascale e sulle **AUTORIZZAZIONI ALL'USO CONCESSE DALL'ASL.**

INFORMAZIONI:

- **RISCHIO:**
Il montascale è un ausilio potenzialmente **PERICOLOSO, A RISCHIO DI CADUTA CON DANNI FISICI ANCHE GRAVI** per l'utente trasportato e per l'assistente che lo manovra.
- **CONCESSIONE IN COMODATO**
Il montascale è un ausilio ceduto in **COMODATO D'USO** dall'ASL all'utente in oggetto, e deve essere utilizzato per il solo scopo per cui è stato prescritto e con tutte le cure per evitarne danneggiamenti

- **FORMAZIONE ALL'USO:**
I suddetti Care Givers dovranno utilizzare il montascale esclusivamente DOPO essere stati istruiti con DIMOSTRAZIONE E PROVA PRATICA dal personale della Ditta Fornitrice il montascale.
- **FORMAZIONE CARENTE**
Qualora l'istruzione a giudizio dei Care Givers fosse carente o nel tempo ne avessero dimenticato l'utilizzo NON debbono utilizzare il montascale e debbono rivolgersi all'ASL Ufficio Protesica per una ulteriore formazione
- **UTILIZZATORI E FRUITORI AUTORIZZATI**
L'ASL autorizza all'utilizzo del montascale ESCLUSIVAMENTE i Care Givers qui identificati e sottoscrittori della presente ED ESCLUSIVAMENTE PER L'UTENTE IN OGGETTO
- **CARROZZINA AUTORIZZATA**
L'adeguatezza del montascale è stata verificata con la verifica tecnica con la carrozzina in uso all'utente
L'ASL autorizza l'utilizzo del montascale ESCLUSIVAMENTE CON LA CARROZZINA UTILIZZATA NELLA DIMOSTRAZIONE E PROVA PRATICA
- **SCALE AUTORIZZATE**
L'adeguatezza del montascale è stata verificata con la verifica tecnica sulle scale dell'abituale dimora dell'Utente (DM 27-8-199 n°332)
L'ASL autorizza l'uso del montascale ESCLUSIVAMENTE SULLE SCALE DELL'ABITUALE DIMORA DELL'UTENTE ove e' stata effettuata la verifica tecnica
Ogni utilizzo su altre scale è a RISCHIO di inadeguatezza al trasporto o di CADUTA
- **MALFUNZIONAMENTO**
qualora il montascale mostrasse anche un MINIMO MALFUNZIONAMENTO O DANNO IL MONTASCALE NON VA PIU' UTILIZZATO, ed è necessario rivolgersi all'ASL Ufficio Protesica
- **TIPO DI MONTASCALE E RISCHIO**
il montascale a 3 RUOTE richiede MAGGIOR ATTENZIONE del cingolo per MAGGIOR RISCHIO DI CADUTA e viene pertanto prescritto in caso di non utilizzabilità del montascale a cingolo

I SOTTOSCRITTI DICHIARANO DI AVER LETTO E BEN COMPRESO LE INFORMAZIONI SOPRA RIPORTATE

I SOTTOSCRITTI DICHIARANO DI MANLEVARE (ESCLUDERE) DA OGNI RESPONSABILITA' L'ASL ED I SUOI OPERATORI PER OGNI QUALSIASI EVENTO DANNOSO A COSE O PERSONE CHE SI DOVESSE VERIFICARE IN SEGUITO ALL'USO DEL MONTASCALE STESSO

Luogo e data _____

1) COGNOME E NOME _____

Firma _____

2) COGNOME E NOME _____

Firma _____