DA RIPRODURRE SU CARTA INTESTATA DELLA STRUTTURA SANITARIA

MODULO PER LA PRESCRIZIONE DI AUSILI PER STOMIA DPCM 12/01/2017

Assistito: Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita _____ / _____ / _____Luogo di nascita _____

Residenza : Via _____ n. _____ comune _____ prov. ____

Codice Fiscale __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ telefono _____

Diagnosi : (indicare la patologia o la lesione che ha determinato la menomazione o la disabilità e le specifiche menomazioni o disabilità) _____

_____

CODICE ICD-10 _____

VALUTAZIONE CUTE PERISTOMALE (scala SACS)

- ☐ **L0 Cute sana**: Assenza di alterazioni.
- ☐ **L1 (Iperemia)**: Arrossamento della cute senza perdita di sostanza.
- ☐ **L2 (Erosione)**: Perdita di sostanza superficiale, ulcerazione limitata agli strati cutanei.
- ☐ **L3 (Ulcera)**: Ulcerazione profonda che coinvolge i piani oltre la fascia.
- ☐ **L4 (Distacco)**: Deiscenza o separazione tra la mucosa dello stoma e la cute.
- ☐ **L5 (Proliferazione)**: Crescita di tessuto anomalo (es. granulomi).

DESCRIZIONE		codifica DPCM 12/01/2017	QUANTITA' MENSILE PRESCRITTA		CODICE PRODOTTO (OBBLIGATORIO)
AUSILI PER COLOSTOMIA Le quantità massime erogabili sono da intendersi per ogni stomia e sono incrementabili, a giudizio dello specialista prescrittore, fino al 50% nel periodo iniziale di assistenza ed addestramento all'uso di durata non superiore a **6 mesi**					
Sacca per colostomia a fondo chiuso		09.18.04.003			
Sacca per colostomia a fondo chiuso per stomi introflessi		09.18.04.006			
Per pazienti con alvo diarroico: sacche a fondo aperto (in alternativa al fondo chiuso)	stomie piane	09.18.07.003			
	stomie introflesse	09.18.07.009			
Sistema per colostomia: placca adesiva con flangia + sacche a fondo chiuso		09.18.05.003	**placche**		
			sacche		
Sistema per colostomia: placca adesiva con flangia a convessità integrale per stomi introflessi + sacche a fondo chiuso		09.18.05.006	**placche**		
			sacche		
AUSILI PER ILEOSTOMIA Le quantità massime erogabili sono da intendersi per ogni stomia e sono incrementabili, a giudizio dello specialista prescrittore, fino al 50% nel periodo iniziale di assistenza ed addestramento all'uso di durata non superiore a **6 mesi**					
Sacca per ileostomia a fondo aperto		09.18.07.003			
Sacca per ileostomie introflesse a fondo aperto		09.18.07.009			
Sistema per ileostomia: placca adesiva con flangia più sacche a fondo aperto		09.18.08.003	**placche**		
			sacche		
Sistema per ileostomia: placca adesiva con flangia a convessità integrale per ileostomia introflesse + sacche a fondo aperto		09.18.08.009	**placche**		
			sacche		

AUSILI PER UROSTOMIA Le quantità massime erogabili sono da intendersi per ogni stomia e sono incrementabili, a giudizio dello specialista prescrittore, fino al 50% nel periodo iniziale di assistenza ed addestramento all'uso di durata non superiore a **6 mesi**				
Sacca per urostomia a fondo aperto	09.18.07.006			
Sacca per urostomie introflesse a fondo aperto	09.18.07.012			
Sistema per urostomia : placca adesiva con flangia + sacche a fondo aperto	09.18.08.006	**placche**		
		sacche		
Sistema per urostomia : placca adesiva con flangia a convessità integrale per urostomie introflesse + sacche a fondo aperto	09.18.08.012	**placche**		
		sacche		
AUSILI PER L'IRRIGAZIONE DELL'INTESTINO La prescrizione del sistema di irrigazione completo è alternativa alla prescrizione combinata dell'irrigatore e delle sacche di scarico. La prescrizione del materiale per irrigazione e l'indicazione della relativa frequenza **rimodulano il quantitativo massimo concedibile di ausili per stomia**. Le quantità del tappo ad espansione sono correlate alle specifiche condizioni della persona riportate dalla prescrizione così come quelle delle mini sacche post irrigazione.				
Sistema di irrigazione completo	09.18.24.003			
Irrigatore semplice	09.18.24.006			
Sacche di scarico a fondo aperto per irrigazione	09.18.24.009			
Tappo ad espansione o post irrigazione non ad espansione con filtro incorporato	09.18.24.012			
Mini sacca post irrigazione con barriera autoportante, filtro incorporato e lato interno in TNT assorbente	09.18.24.015			
PROTETTORI DELLO STOMA E CUTE PERISTOMALE				
Pasta o pomata protettiva, ad azione emolliente e e/o eudermica (max 2 pz. mese)	09.18.30.003			
Polvere protettiva o film protettivo in salviette (max 2 pz. mese)	09.18.30.006			
Salviettine/spray per detersione (max 100 salviette a trimestre per chi utilizza monopezzo max 50 salviette a trimestre per chi utilizza 2 pezzi)	09.18.30.009			
Pasta/anello/strisce idrocolloidali con o senza alcol (riconducibile pasta solidificata) prescrivibile esclusivamente nel caso di superficie peristomale irregolare (strisce/anelli max 30 strisce al mese per chi utilizza monopezzo max 10 al mese per chi utilizza 2 pezzi – tubo max 2 pz mese)	09.18.30.012			

Periodo di validità della prescrizione: ☐ 1 mese ☐ 2 mesi ☐ 3 mesi ☐ annuale

Significato terapeutico e riabilitativo con descrizione del programma di trattamento indicando gli esiti attesi dall'equipe e dall'assistito in relazione all'utilizzo di quanto prescritto: _____

_____

Frequenza procedura di irrigazione: _____

Eventuali controindicazioni e limiti d'impiego: _____

La presente prescrizione è URGENTE prima delle dimissioni previste il _____

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)