

Modulo Allegato 1

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
Prescrizione Specialistica**Assistito**

NOME _____ COGNOME _____ ETÀ: _____

Nato a _____ il _____ C.F. _____

Residente 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

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. 1 del DM 332/99 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 _____ dichiarato che non è convenientemente riparabile
- b. se trattasi di fornitura che ha **non superato** i tempi minimi di rinnovo
(condizioni di cui al co. 3 dell'art. 5 del D.M. 332/99.)
trattasi di presidio: guasto rotto usurato sostituzione componenti usurate
 Altro _____ dichiarato che non è convenientemente riparabile
(condizioni di cui al co. 2 dell'art. 5 del D.M. 332/99.)
- 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
 - rinnovo non dovuto ad esigenze correlate all'età evolutiva ma ai casi di cui sopra (indicare)

Situazione dell'avente diritto

Lettera a dell'art. 2 del D.M. 332/99

- invalido già riconosciuto** (invalido civile, di guerra, di servizio, privo di vista, sordomuto)
- invalido già riconosciuto** per il quale viene richiesta assistenza protesica non correlata alla invalidità riconosciuta
 - trattasi di invalido con invalidità > al 33% e fino al 100% senza indennità di accompagnamento riconosciuta: la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992
 - trattasi di invalido al 100% con indennità di accompagnamento **riconosciuta**: la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992
- minore di anni 18**, per prevenzione, cura e riabilitazione di una menomazione e/o disabilità permanente

Lettera b dell'art. 2 del D.M. 332/99

- istante in attesa di accertamento** di invalidità
 - trattasi di assistito per il quale sussistono le condizioni di cui alla legge 18/80 in quanto si trova nella "impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore ovvero non è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza un'assistenza continua": la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992

Lettera c dell'art. 2 del D.M. 332/99

- istante in attesa di riconoscimento di invalidità**

ata_____

Lo Specialista

Note:

La presente prescrizione deve essere accompagnata dalla prescrizione dei Presidi su ricettario SSN