

MODULO DI RICHIESTA DEI PRESIDI PER INCONTINENZA

Sig./ra _____
nome _____ cognome _____

Codice regionale _____

Codice fiscale _____

1	INCONTINENZA STABILIZZATA	URINARIA	<input type="checkbox"/>
		FECALE	<input type="checkbox"/>
2	PORTATORE DI CATETERE / STOMIA	SI <i>specificare (opzionale)</i> _____	<input type="checkbox"/>
		NO	<input type="checkbox"/>
3	DEFICIT MOTORI	PARZIALMENTE DEAMBULANTE	<input type="checkbox"/>
		DEAMBULANTE	<input type="checkbox"/>
		ALLETTATO	<input type="checkbox"/>
4	DEFICIT COGNITIVO	SI <i>specificare (opzionale)</i> _____	<input type="checkbox"/>
		NO	<input type="checkbox"/>
5	SI RECA AUTONAMENTE IN BAGNO?	SI	<input type="checkbox"/>
		TALVOLTA	<input type="checkbox"/>
		NO	<input type="checkbox"/>
6	HA PERDITE ASSOCIATE A SFORZI / CAMBIAMENTI POSTURALI / TOSSE?	SI	<input type="checkbox"/>
		NO	<input type="checkbox"/>



DIPARTIMENTO DEL
FARMACO

NOTE

Timbro e firma del M.M.G.
