



REGIONE
PIEMONTE

MODELLO DI PRESCRIZIONE AUSILI PER L'ASSORBENZA
per pazienti con **incontinenza** stabilizzata o irreversibile (**SEMPLIFICATO**)

Cognome e nome	
Residente in	Via
Data di nascita	Tel.

Diagnosi

☐ Incontinenza urinaria (*segnalare anche il tipo*):

- ☐ da sforzo (quando le perdite di urina sono in occasione di uno sforzo, attività fisica, tosse, starnuto o altra causa di aumento della pressione addominale)
- ☐ da urgenza (quando le perdite di urina sono accompagnate o precedute da uno stimolo minzionale improvviso, impellente, improcrastinabile)
- ☐ mista (da sforzo e da urgenza)
- ☐ non classificabile (perdite non chiaramente riconducibili a una delle situazioni precedenti)

☐ Incontinenza fecale

Segnare se il paziente utilizza anche: ☐ Catetere vescicale a dimora ☐ Cateterismo ad **intermittenza**

Sono presenti fattori influenzanti la gestione della incontinenza?

- ☐ Grave deficit cognitivo
- ☐ Grave deficit motorio (*specificare se*: ☐ non deambulante o con grave difficoltà ☐ grave compromissione della **manualità**)
- ☐ Doppia incontinenza
- ☐ Eritemi /Lesioni cutanee nelle regioni coperte dagli ausili assorbenti

*In presenza uno o più di tali fattori il prescrittore può cambiare la classe di prescrivibilità
ad una superiore rispetto a quella risultante dalle risposte al questionario.*

L'incontinenza è:

- ☐ **stabilizzata** (incontinenza che persiste per più di 12 settimane nonostante la **variazione** o il trattamento di fattori potenzialmente reversibili o dopo eventi acuti come un intervento **chirurgico**).
- ☐ **irreversibile** (incontinenza per la quale non è prevedibile alcun miglioramento, non **suscettibile** di alcun tipo di terapia)

La prescrizione di ausili è possibile solo in caso di incontinenza stabilizzata e/o irreversibile.

*In caso di incontinenza stabilizzata la prescrizione ha una durata annuale, salvo diverse **indicazioni** del prescrittore. Nel caso l'incontinenza sia irreversibile la prescrizione si intende definitiva.*

Valutazione della incontinenza urinaria

Questionario ICI Q SF modificato

Punteggio domanda 1 ☐

Punteggio domanda 2 ☐

GIUDIZIO DIAGNOSTICO finale:

☐ Lieve ☐ Media ☐ Grave ☐ Gravissima

OPPURE

☐ Cateterizzato ☐ Incontinenza solo fecale ☐ **entero-urostomizzato**

Durata della prescrizione:

- ☐ N° mesi (incontinenza stabilizzata) ☐ Annuale (incontinenza stabilizzata)
- ☐ Definitiva (incontinenza irreversibile)

Data.....

Firma e Timbro medico



STRUMENTI DA UTILIZZARE PER LA CORRETTA PRESCRIZIONE

(tali strumenti sono ad uso del MMG/PLS e non sono da allegare al piano terapeutico)

Nota bene

Per i pazienti affetti solo da incontinenza fecale, oppure cateterizzati (a dimora o a intermittenza) oppure entero-urostomizzati, NON è necessario procedere con la compilazione del questionario, essendo stata definita una classe di gravità specifica, che stabilisce un tetto autorizzabile pari al fabbisogno appropriato per la gestione della **problematica**: 2 pannoloni mutandina tg. grande ed una traversa al giorno.

Legenda per giudizio diagnostico: Riportare le risposte del questionario nella griglia sottostante

Punteggio domanda n°1 Punteggio domanda n°2	1	2	3	4	5	6
2	Lievissima	Lievissima	Lievissima	Lievissima	Lieve/Media/Grave*	Gravissima
4	Lievissima	Lievissima	Lieve	Media	Grave/Gravissima*	Gravissima
6	Lievissima	Media	Media	Grave	Gravissima	Gravissima

* in considerazione della eterogeneità di tali categorie, il medico prescrittore può decidere l'entità della **incontinenza** sulla base dei dati clinici oppure, come per tutti gli altri casi, può indirizzare il pz allo specialista che, oltre a condurre l'iter diagnostico e terapeutico adeguato, valuterà la gravità della incontinenza e la conseguente necessità prescrittiva (classe di prescrivibilità).

Nota bene

Per entità "lievissima" non sussistono indicazioni alla prescrizione di dispositivi assorbenti

Per la diagnosi e cura della incontinenza urinaria è possibile fare riferimento alla Rete Piemontese dei Centri.

L'elenco completo è sul sito della Regione Piemonte all'indirizzo:

http://www.regione.piemonte.it/sanita/program_sanita/incontinenza/dwd/livello1.pdf



QUESTIONARIO PER IL PAZIENTE ICI-Q SF

(nel caso in cui il paziente non sia in grado di compilare direttamente il questionario,
questo deve essere compilato dalla persona che lo assiste)

ICI-Q-SF

Cognome e nome

Data di nascita

1. Quanto spesso Le capita di perdere urina?

- 0. mai
- 1. meno di una volta a settimana
- 2. Circa una volta alla settimana
- 3. Due o tre volte alla settimana
- 4. Circa una volta al giorno
- 5. Più volte al giorno
- 6. Perdo urina in continuazione

0

1

2

3

4

5

6

Mettere una "x" nella casella corrispondente alla risposta scelta

Punteggio

compilare

2. Quanta urina perde per ogni singolo episodio di perdita?

- a. Non perdo urina
- b. Perdo piccole quantità di urina
- c. Perdo modeste quantità di urina
- d. Perdo abbondanti quantità d'urina

0

2

4

6

Mettere una "x" nella casella corrispondente alla risposta scelta

Punteggio

Compilare

3. Nel complesso, quanto la Sua incontinenza urinaria interferisce negativamente con la Sua vita quotidiana da 0 a 10? BARRARE IL NUMERO
(rispondere solo se il questionario è compilato direttamente dal paziente)

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Mettere una "x" nella casella corrispondente alla risposta scelta

Punteggio

compilare

4. Quando Le capita di perdere urina?

- a. Mai
- b. Perdo urina ancor prima di essere giunta in bagno
- c. Con i colpi di tosse e gli starnuti
- d. Quando sono coricata
- e. Durante lo svolgimento di qualsiasi attività fisica
- f. Quando ho terminato di urinare e mi sto rivestendo
- g. Senza una particolare ragione
- h. Incontinenza continua

Mettere una "x" nella casella corrispondente alla risposta scelta

Questa domanda non genera punteggio

FIRMA DI CHI COMPILA

IN QUALITA' DI...

