

**Dati del paziente**

**Cognome:**

**Nome:**

**NAP/Luogo:**

**Via:**

**Date die nascita:**

**Telefono P:**

**Versicherung:**

**Telefono U:**

**No. Assicurato:**

**Natel:**

**Richiesta per:**  primo mezzo ausiliario  primo mezzo ausiliario

**Indicazioni mediche**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Disturbi del movimento di origine cerebrale | <input type="checkbox"/> Controllo ridotto della testa              |
| <input type="checkbox"/> Sclerosi multipla                           | <input type="checkbox"/> Controllo ridotto del tronco               |
| <input type="checkbox"/> Polio                                       | <input type="checkbox"/> Portamento scoliotico                      |
| <input type="checkbox"/> Emiplegia                                   | <input type="checkbox"/> Contrattura dell'anca, ginocchio, caviglia |
| <input type="checkbox"/> Paraplegia                                  | <input type="checkbox"/> Forte riduzione dello stato generale       |
| <input type="checkbox"/> Tetraplegia                                 | <input type="checkbox"/> Capacità di deambulazione ridotta          |
| <input type="checkbox"/> Trauma cranico                              | <input type="checkbox"/> Posizione eretta possibile                 |
| <input type="checkbox"/> Misure individuali per casi gravi           | <input type="checkbox"/> Instabile                                  |
| <input type="checkbox"/> Stato dopo amputazione                      | <input type="checkbox"/> Stabile                                    |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> In seguito a cambiamenti di stato          |
| <input type="checkbox"/> A causa di ortesi                           | <input type="checkbox"/> In seguito a crescita                      |
| <input type="checkbox"/> A causa di protesi                          | <input type="checkbox"/>  |

**Osservazioni:** .....  
.....  
.....

**Motivo del provvedimento:**  Miglioramento della qualità di vita  Miglioramento della mobilità  
 Incremento dell'indipendenza  Incremento della capacità lavorativa  
 Interno / esterno  Integrazione da lavoro/scuola/privato

**Durata del provvedimento:**  Trattamento di lunga durata, più di un anno

**Firma e timbro del medico:**

**Luogo:**

**Data:**

**Tipo di provvedimento:**  Carrozzella Standard  Supporto per sedie / coque  
 Carrozzella Modulare  Buggy / Passegino  
 Carrozzella per attivi  Carrozzella elettriche  
 Carrozzella speciale  Propulsore elettrico  
  Con provvedimento ortho-reha

Con la denominazione MODELLO DI BASE, le seguenti carrozzelle sono ritenute opportune e conformi all'uso per cui sono destinate.

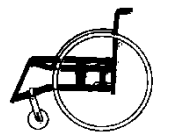
- **Carrozzella standard/modulare, Pos. 510 000 – 520 000;** esecuzione semplice con o senza supporti delle ruote regolabili. Freni per utente. Braccioli e pedane fissi o regolabili/ribaltabili. Tele sedile e schienale. La posizione del sedile in una carrozzella modulare è regolabile nell'inclinazione e altezza. Si tratta di un sistema modulare multi versione.



Campi di applicazione: persone con incapacità completa o parziale di deambulazione. Persone che per la loro indipendenza, necessitano di una posizione di seduta adattata, in particolare per sclerosi multipla, emiplegia, distrofia muscolare, para e tetraplegia, trauma cranico, polio, ecc.



- **Carrozzella per attivi, Pos. 540 000;** esecuzione semplice in metallo leggero, per la persona indipendente, con ruote motrici estraibili e con supporti regolabili. Ruote anteriori con supporti adattabili alla posizione del sedile. Paraabiti e pedane. **Senza** braccioli e manopole di spinta per accompagnatore.



Campi di applicazione: tutte le persone che si spostano da sole con la carrozzella come para e tetraplegia, polio, ecc.

- **Carrozzella speciale, Pos. 560 000 - 590 000;** carrozzelle, passeggini, Buggy, supporti per seggiole. Sedile adattabile. Posizione sdraiata/verticale adattabile e modificabile. Poggiatesta, schienale, supporti per le gambe, regolabili. Freni di bloccaggio. Protezioni laterali con braccioli regolabili. Pedane rialzabili. Supporti per seggiole e carrozzelle con meccanismi particolari non classificabili in altri settori, appartengono a questo gruppo.



Campi di applicazione: andicappati gravi in seguito a paralisi e/o mancanza di forze. Gravi: sclerosi multipla, distrofia muscolare, trauma cranico ecc. Con possibilità di posizionamento da seduto e sdraiato.

- **Carrozzelle elettriche, Pos. 501 000 – 505 000;** esecuzione semplice con trasmissione elettrica dei movimenti. Sistema di comando. Assi delle ruote fissi. Freni di bloccaggio. Braccioli e pedane fissi o amovibili. Tele sedile e schienale. La posizione del sedile non è regolabile. Le batterie e il caricatore sono compresi.



Campi di applicazione: nessuna o ridotta capacità di deambulazione, nessuna o ridotta forza, sclerosi multipla, distrofia muscolare, para e tetraplegia, polio, ecc.