

## Prescrizione medica per la consegna di una carrozzella

**Osservazioni generali:** la prescrizione medica per la consegna di una carrozzella deve essere compilata solo per le nuove forniture o in caso di variazione dello stato di salute. Il presente modulo deve essere consegnato al fornitore contrattuale di servizi.

Dati del paziente:			
Cognome:		Nome:	
Numero AVS:			

Classificazione del grado di disabilità (GD) della persona assicurata					
	(GD I) <input type="checkbox"/>	La persona percorre brevi tragitti senza ausili o con l'aiuto di un bastone. Tragitti lunghi sono percorribili unicamente con la carrozzella manuale, eventualmente con un propulsore elettrico / uno scooter elettrico / una carrozzella elettrica		(GD II) <input type="checkbox"/>	La persona è in grado di effettuare alcuni passi con il sostegno di terze persone o di un mezzo ausiliario*. La carrozzella manuale viene utilizzata sia negli spazi interni che in quelli esterni. Per l'esterno eventualmente un propulsore elettrico, uno scooter o una carrozzella elettrica.
	(GD III) <input type="checkbox"/>	Nessuna capacità di deambulare. Gli spostamenti sono possibili unicamente con l'ausilio di una carrozzella. Carrozzella manuale, eventualmente con un propulsore elettrico o con una carrozzella elettrica con sistema di guida standard		(GD IV) <input type="checkbox"/>	Nessuna possibilità di muoversi autonomamente con una carrozzella manuale. La persona è in grado di rimanere seduta su una carrozzella unicamente con appositi sostegni. Tutte le attività quotidiane possono essere svolte solo con l'assistenza di terzi. Manovrare autonomamente una carrozzella elettrica è possibile a seconda della patologia. <b>Le persone affette da SLA devono sempre ricevere la fornitura prevista per il GD IV</b>

\* Stampelle antibrachiali, deambulatore, protesi, ortesi, ecc.

Periodo di fortuna	Durata	Sì	No
Fornitura a lungo termine	> 1 anno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.	Posizione del bacino	Sì	No	Opzioni di fornitura
1.1	La persona assicurata è in grado di controllare autonomamente la posizione del bacino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opzione per un cuscino semplice
1.2	La persona assicurata sposta il bacino sulla sedia in maniera incontrollata o necessita di un sostegno per garantire i movimenti degli arti superiori?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opzione per un cuscino per posizionamento / stabilizzazione / fissaggio del bacino
1.2.1	La persona assicurata necessita di una fissazione del bacino per motivi di sicurezza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opzione per la stabilizzazione del bacino
1.3	Sussiste il rischio di decubito nella regione sacrale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opzione per un cuscino antidecubito / stabilizzazione / fissaggio del bacino
	<b>In caso di risposta affermativa al punto 1.1 o 1.2 si soddisfa uno dei seguenti requisiti:</b>			
1.3.1	sensibilità ridotta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opzione per un cuscino antidecubito
1.3.2	anomalia anatomica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opzione per un cuscino antidecubito
1.3.3	cattivo stato generale di salute (per es. cachessia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opzione per un cuscino antidecubito

2.	Stabilità del tronco	Sì	No	Rilevanza della fornitura
2.1	La persona assicurata necessita di un sostegno <b>semplice</b> per stabilizzare il tronco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opzione per la stabilizzazione del tronco
2.2	La persona assicurata necessita di un <b>maggiore sostegno di un semplice</b> sostegno per stabilizzare/guidare/correggere il tronco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opzione per uno schienale speciale

3.	Testa	Sì	No	Rilevanza della fornitura
3.1	La persona assicurata necessita di un supporto per stabilizzare la testa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opzione per una fornitura individuale
	3.1.1 È necessario un sostegno semplice?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opzione per un poggiatesta standard
	3.1.2 La persona assicurata necessita di una stabilizzazione / una guida per il controllo della testa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opzione per un poggiatesta speciale
	3.1.3 Trasporto con la carrozzella in un veicolo (automobile personale / trasporto per disabili)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Il poggiatesta non viene preso a carico / sovvenzionato dall'AI

4.	Estremità inferiori	Sì	No	Rilevanza della fornitura
4.1	La persona assicurata soffre di un'abduzione limitata a livello dell'anca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opzione per un cuneo per abduzione
4.2	La persona assicurata soffre di un'adduzione limitata a livello dell'anca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opzione per un guida / stabilizzazione della gamba
4.3	La persona assicurata è affetta da una flessione insufficiente del ginocchio (< 60 gradi)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opzione per un poggiamambe con angolo del ginocchio regolabile
	4.3.1 <b>Carrozzella elettrica:</b> la persona assicurata sta seduta tutto il giorno sulla carrozzella elettrica e non è in grado di cambiare la posizione della gamba senza apposita regolazione elettrica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opzione per un poggiamambe con regolazione elettrica dell'angolo del ginocchio
4.4	La persona assicurata necessita di un sostegno per controllare la gamba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opzione per una guida / stabilizzazione / fissaggio della gamba
4.5	Sussistono malformazioni, contratture o amputazioni rilevanti per la fornitura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opzione per una guida / stabilizzazione / imbottitura/supporto per la gamba - per il piede - per il moncone

5.	Estremità superiori	Sì	No	Rilevanza della fornitura
5.1	La persona assicurata è in grado di spingersi autonomamente con la carrozzella unicamente utilizzando anelli di spinta speciali a causa delle limitazioni motorie e/o sensoriali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opzione per anelli di spinta speciali
5.2	La persona assicurata al posto di un bracciolo classico necessita di un appoggio anatomico per il braccio e/o la mano?-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opzione per braccioli e/o poggiamani anatomici
5.3	La persona assicurata necessita di un supporto per il controllo delle braccia?-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opzione per una guida/stabilizzazione/fissaggio del braccio
5.4	La persona assicurata, che non ha sufficiente sostegno del tronco, necessita di un tavolo per la carrozzella per adempiere ai suoi bisogni quotidiani (es. mangiare, comunicare, ecc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opzione per un tavolino per la carrozzella

6.	Domande generali	Sì	No	Rilevanza della fornitura	
6.1	La persona assicurata è incontinente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opzione per una fodera di ricambio	
6.2	Sono necessarie forniture igieniche supplementari per l'alimentazione con sonda, vomito, aumento della salivazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opzione per una fodera di ricambio	
6.3	La persona assicurata ha un'altezza inferiore a 150 cm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opzione per una carrozzella per bambini	
6.4	La persona assicurata pesa più di:				
	6.4.1	140 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opzione per la fornitura di una carrozzella manuale XXL
	6.4.2	160 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opzione per la fornitura di una carrozzella manuale XXL / fornitura di una carrozzella elettrica XXXL
	6.4.3	180 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opzione per una carrozzella manuale e/o elettrica XXXL
6.5	La persona assicurata necessita di una protezione dalle intemperie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opzione per una mantellina antipioggia, tetto antipioggia, sacco termico	
6.6	La persona assicurata necessita di un ausilio per il trasferimento (asse di trasferimento, disco girevole)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opzione per un ausilio per il trasferimento	
6.7	Sussiste un pattern motorio patologico (ipertonia o ipotonia)? <b>Da indicare solo in caso di forniture destinate ai bambini</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opzione per un sedile inclinabile regolabile (solo per carrozzelle per bambini)	
6.8	Necessita la persona assicurata di apparecchi supplementari medicali? Se sì, quali? <b>Indicare qui l'apparecchio supplementare:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opzione per supporti / borse per apparecchi per la respirazione e prodotti per l'igiene	

**Diagnosi, osservazioni e motivazione del medico per esigenze particolari inerenti alla richiesta di una carrozzella**

--

Compilato: dal medico  dal fisioterapista  dall'ergoterapista

Cognome: _____	Nome: _____
Luogo e data: _____	Istituzione: _____
	Tel. istituzione: _____

**Firma del medico**

Cognome: _____	Nome: _____
Luogo e data: _____	Firma: _____