

**MODULO DI PROPOSTA PER LA FORNITURA AUSILI NON PERSONALIZZATI  
ASSISTENZIALI DA PARTE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE**

ASSISTITO.....

Nato a.....il.....

Residente a..... via..... n°.....

Persona di riferimento.....Tel.....

MOTIVO DELLA RICHIESTA

.....  
.....  
.....

Invalido civile  SI DAL ..... (ALLEGARE DOCUMENTAZIONE)  
 IN FASE DI ACCERTAMENTO (ALLEGARE DOCUMENTAZIONE)  
 NO

AUSILIO INDIVIDUATO

- SEDIA PER WC E DOCCIA
- CARROZZINA A COMODA A TELAIO RIGIDO
- CARROZZINA A COMODA A TELAIO RIGIDO RECLINABILE
- CARROZZINA A TELAIO RIGIDO AD AUTOSPINTA CON WC
- CARROZZINA A TELAIO RIGIDO AD AUTOSPINTA SENZA WC
- MATERASSO ANTIDECUBITO
- CUSCINO ANTIDECUBITO
- LETTO A DUE MANOVELLE       SPONDE PER LETTO       SUPPORTO PER ALZARSI DAL LETTO
- RIALZO STABILIZZANTE PER WC
- SOLLEVATORE MOBILE A IMBRAGATURA POLIFUNZIONALE ELETTRICO (è importante che l'M.M.G. verifichi la presenza di un care giver idoneo e formabile che possa gestire il sollevatore. In caso contrario non vi sono le indicazioni a meno che non vi sia la richiesta di utilizzo da parte dell'ADI)

PESO DEL PAZIENTE .....

MISURA TRANS-TROCANTERICA CM .....

RISCHIO DI LESIONI DA DECUBITO

- NON ELEVATO
- ELEVATO
- PRESENZA DI UNA O PIU' LESIONI DA DECUBITO

ALTRO.....

DATA.....

TIMBRO E FIRMA DEL M.M.G.

.....



## Azienda ULSS 1 Dolomiti

PEC: [protocollo.aulss1@pecveneto.it](mailto:protocollo.aulss1@pecveneto.it)

Sede legale: via Feltre, n. 57 – 32100 – BELLUNO

Centralino Belluno: 0437 516111 Centralino Feltre: 0439 8831

Codice Fiscale e Partita IVA: 00300650256

DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE

 Prot. n. 44461/DAT  
 a mezzo e-mail

Belluno, 19.07.2022

 Ai sig.ri  
 Medici di Assistenza Primaria  
 del Distretto di Belluno

 Ai sig.ri  
 Pediatri di Libera Scelta  
 del Distretto di Belluno

e, p.c. Alla Direzione Socio Sanitaria

Al Direttore del Distretto di Belluno

Al Direttore delle Cure Primarie di Belluno

Al Direttore dell'UOC RRF dell'Ospedale di Belluno

**OGGETTO:** procedura semplificata per la prescrizione e autorizzazione degli ausili di cui all'allegato 2B del DPCM del 12/01/2017.

Al fine di agevolare le procedure di prescrizione ed autorizzazione degli ausili di cui all'oggetto, si ritiene di condividere con le SS.VV. la procedura operativa di seguito illustrata.

Il Medico di Assistenza Primaria o il Pediatra di Libera Scelta, qualora ritenga che un suo assistito abbia bisogno di ausili di serie e pronti per l'uso, rientranti delle categorie di cui all'allegato 2B, potrà compilare il modulo allegato alla presente, nel quale sono elencati i suddetti presidi e/ausili e consegnarlo al paziente.

Detto paziente presenterà alla sede di distretto più vicina o a mezzo e-mail all'indirizzo [protesica@aulss1.veneto.it](mailto:protesica@aulss1.veneto.it), il suddetto modulo compilato, allegando il certificato di invalidità o la ricevuta di presentazione della domanda di invalidità, chiedendo la prescrizione dell'ausilio.

Verificata la completezza e correttezza della documentazione da parte della Direzione Amministrativa Territoriale, la stessa si occuperà di inviarla al fisiatra competente per la prescrizione.

Questa procedura permette di velocizzare i tempi di prescrizione e autorizzazione dell'ausilio evitando all'utenza aggravii amministrativi e sanitari.

Si chiede pertanto di voler quanto prima applicare tali indicazioni, a tal fine si allega il modulo predisposto dalla Direzione del Distretto di Belluno.

Restando a disposizione per ogni occorrenza si porgono i migliori saluti

 IL DIRETTORE DELLA DIREZIONE  
 AMMINISTRATIVA TERRITORIALE  
 Dott. Gianluca Romano

All.: c.s.