Modulo di richiesta
dei presidi per l'incontinenza

Signor/a……..……...

Codice regionale o Codice fiscale……

Paziente affetto da ……

Con Incontinenza urinaria stabilizzata

- o Paziente portatore di catetere vescicale a permanenza senza incontinenza fecale.
- o Paziente portatore di catetere vescicale a permanenza con incontinenza fecale.
- o Paziente con incontinenza urinaria
  - o moderata (perdita di urina per episodio: da 1 a 2 bicchieri)
  - o severa (perdita di urina per episodio: più di 2 bicchieri)
- o Paziente con incontinenza (urinaria e fecale) (incontinenza mista)

Peso …….. **Altezza ……**

Grado di autonomia:

autonomo

non autonomo

Note.....
.....
.....

Data.....

Timbro e firma MMG.....