



AUSILI AD ASSORBENZA PER INCONTINENZA - Istruzioni 2020 per attivare il servizio

Dopo aver letto la comunicazione a firma del Responsabile del Servizio Unificato Protesica e Integrativa, La invitiamo a seguire attentamente le istruzioni di seguito riportate:

prenda visione di tutte le informazioni contenute nel **“Modulo da compilare per attivare il servizio”**; consideri l'intera gamma di prodotti messi a disposizione dalla Ditta individuata da Regione Lombardia e, eventualmente dopo aver consultato le informazioni specifiche sulle caratteristiche dei prodotti, messe a disposizione sul sito dell'ASST (www.territorio.asst-spedalivicivi.it > Assistenza sanitaria > Fornitura presidi per incontinenza > **Fornitura presidi ad assorbenza per incontinenza**):

1. utilizzi il Modulo PRODOTTI SERENITY a gara, tenendo presente **presidi e taglia** elencati nel PIANO TERAPEUTICO AUTORIZZATO (parte superiore del Modulo), compili la seconda parte del modulo avendo cura di:
 - nella colonna **“Indicare con una X i prodotti”** barrare la casella corrispondente ai prodotti che ritiene rispondano meglio alle Sue esigenze, tra quelli di tipologia e misura corrispondenti al PIANO TERAPEUTICO AUTORIZZATO;
 - datare e firmare il modulo.
2. prenda visione della **“INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI”** resa ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento Generale sulla protezione dei dati (RGPD 679/2016) con la quale si informa che i Suoi dati sono trattati nel rispetto della vigente normativa in tema di privacy (RGPD 679/2016 e D.Lgs. n.196/2003);
3. compili in ogni sua parte il foglio **“DICHIARAZIONE DEL CITTADINO”** (relativa a: generalità del dichiarante, periodicità e fascia oraria di consegna a domicilio, scelta dei prodotti, indirizzo per la consegna, recapito telefonico, nominativo di eventuale persona delegata al ritiro, presa visione della Informativa per il trattamento dei dati sensibili, data e firma del dichiarante);
4. restituisca entrambi i moduli di cui ai punti 1. e 3. da Lei compilati all'Ufficio Protesica del Presidio Territoriale di Sua residenza (all'indirizzo indicato in fondo al modulo **“DICHIARAZIONE DEL CITTADINO”**), con una delle seguenti modalità:
 - invio per fax o per e-mail;
 - spedizione postale o consegna a mano;
5. se ha dubbi o trova difficoltà alla compilazione, si rivolga all'Ufficio Protesica del Presidio Territoriale (indirizzi e riferimenti indicati nel modulo **“DICHIARAZIONE DEL CITTADINO”**).

NOTA BENE:

Nel caso in cui, per nuove esigenze cliniche sopravvenute, il Suo fabbisogno di prodotti per l'incontinenza fosse variato, La invitiamo a rivolgersi al Suo medico curante per formulare un nuovo Piano Terapeutico, che dovrà essere consegnato al Presidio Territoriale di residenza, insieme ai moduli allegati.

Le forniture sono garantite gratuitamente in tutto il territorio regionale; nel caso avesse necessità di ricevere forniture al di fuori di tale territorio, è necessario che contatti l'Ufficio Protesica del Presidio Territoriale di Sua residenza.

I prodotti che riceve sono consegnati per conto dell'ASST Spedali Civili di Brescia, che li fornisce agli assistiti aventi diritto in base alla situazione clinica riscontrata e alla documentazione medica presentata.

Si ricorda che i prodotti consegnati sono da considerare di proprietà dell'ASST; pertanto, nel caso non fossero più da Lei utilizzati/utilizzabili per qualsiasi motivo (sopraggiunte modifiche dello stato di salute, fornitura eccedente il reale utilizzo, fornitura di prodotti di misura o tipologia non adatte), è invitata ad informarne prontamente l'Ufficio Protesica del Presidio Territoriale di Sua residenza che provvederà a recuperarli.

Una diversa destinazione di tali prodotti (es.: vendita o cessione a qualsiasi titolo) PUÒ COSTITUIRE REATO.



DICHIARAZIONE DEL CITTADINO

Sig./Sig.ra _____

CF _____

Io sottoscritto _____ codice fiscale: _____

in qualità di diretto interessato genitore/tutore/amministratore di sostegno

avendo preso visione di quanto contenuto nel “**Modulo PRODOTTI SERENITY a gara**”, in particolare della tipologia e della misura dei presidi elencati nel PIANO TERAPEUTICO AUTORIZZATO a me intestato e della gamma di prodotti proposta dalla Ditta ed in conformità a quanto previsto dal provvedimento generale del Garante privacy sulle modalità di consegna dei presidi sanitari al domicilio dell’interessato:

DICHIARO DI

1. volermi avvalere della fornitura degli articoli della Ditta **SERENITY**
2. chiedere la consegna a domicilio con periodicità
 trimestrale **bimestrale** **mensile** (spiegare il motivo: _____)
3. voler ricevere la fornitura dei presidi sanitari richiesti nella seguente fascia oraria:
 mattino dalle 8:00 alle 13:00 **pomeriggio** dalle 13:00 alle 18:00
4. avere scelto - barrando la relativa casella - tra i prodotti per incontinenza messi a disposizione da tale Ditta, gli articoli che ritengo più adeguati al mio bisogno tra quelli di tipologia e misura corrispondenti a quanto riportato nel mio PIANO TERAPEUTICO AUTORIZZATO;
5. voler ricevere la fornitura dei presidi per incontinenza al seguente indirizzo di domicilio:
Via _____ n. ____ Comune _____
recapito telefonico _____
eventuale persona delegata al ritiro sig./sig.ra _____
6. impegnarmi, con i miei familiari, a comunicare prontamente al mio Presidio Territoriale di residenza ogni eventuale cambiamento di quanto sopra e/o delle necessità di trattamento e a restituire al Presidio Territoriale eventuali prodotti non utilizzati;

Data _____

Firma del dichiarante _____

Da restituire, unitamente al Modulo PRODOTTI SERENITY a gara, a:

UFFICIO PROTESICA del Presidio Territoriale di _____

Via _____, 13 – 25XXX - _____

tel. _____ fax _____ e-mail: _____@_____ .it

giorni e orari: _____

Modulo da compilare per la scelta dei prodotti SERENITY

Sig./Sig.ra CF:

PIANO TERAPEUTICO AUTORIZZATO Data Inizio: Data Fine:

Tipologia di prodotto	Cod. ISO	Taglia	CARATTERISTICHE (standard, traspirante, pull-on)	Nome Prodotto	Indicare con una X le scelte	Prezzo unitario no IVA	Pezzi per conf.
Pannolone a mutandina 09.30.21	.003	XL	Standard	Pann. Mut. Classic Extra XI 4X15Pcs		€ 0,26000	15
	.003	L	Standard	Pannolone Mutandina Classic Extra Oc Tra		€ 0,15900	30
	.003	L	Standard	Pannolone Mutandina Extra L 4X30		€ 0,18351	30
	.003	L	Traspirante	Pann. Mutandina Classic Extra L 4X30Pz		€ 0,18351	30
	.003	L	Traspirante	Pann. Veste Sd Extra L 4X15Pz		€ 0,15500	15
	.006	M	Traspirante	Slip Id Expert Normal Tg. M		€ 0,13400	28
	.006	M	Traspirante	Pann. Mutandina Sd Extra M 4X30Pz		€ 0,17400	30
	.006	M	Standard	Innofit Premium Sd+ Aloe Extra M 4X30Pz		€ 0,17400	30
	.006	M	Traspirante	Pann. Veste Sd Extra M 4X15Pz		€ 0,10000	15
	.009	S	Standard	Pann. Mutandina Classic Extra S 3X30Pz		€ 0,02000	30
	.009	S	Traspirante	Pann. Mutandina Sd+ Extra S 3X30Pz		€ 0,24001	30
	.009	S	Traspirante	Tena Flex Plus Small		€ 0,24001	30
	.009	S	Traspirante	Pann. Veste Sd Extra S 4X14Pz		€ 0,24001	14
Pannolone a mutandina 09.30.21 ALTA ASSORBENZA	.012	XL	Standard	Pann. Mutandina Lille Suprem Fit Trasp.Maxi XI		€ 0,40500	20
	.012	XL	Traspirante	Pann. Mutandina Classic Super XI 4X15Pz		€ 0,40500	15
	.012	L	Traspirante	Pann. Veste Sd Super L 4X15Pz		€ 0,17500	15
	.012	L	Traspirante	Pann. Mutandina Sd Super L 4X30Pz		€ 0,22100	30
	.012	L	Standard	Pann. Mutandina Soft Dry+ Aloe Ultra Tg L 4X30Pz		€ 0,30500	30
	.012	L	Standard	Pann. Mutandina Sd Maxi L 4X15Pz		€ 0,30500	15
	.015	M	Standard	Pann. Mutandina Classic Super M 4 X 30Pz		€ 0,18500	30
	.015	M	Traspirante	Pann. Mutandina Sd Super M 4X30Pz		€ 0,27000	30
	.015	M	Standard	Pann. Mutandina Sd Maxi M 4X15Pz		€ 0,27000	15
	.015	M	Standard	Pann. Mutandina Sd+ Aloe Maxi M 4X15Pz		€ 0,27000	15
	.015	M	Traspirante	Pann. Veste Sd Super M 4X15Pz		€ 0,28000	15
	.018	S	Standard	Id Expert Belt Tbs Super Small 14		€ 0,28000	14
	.018	S	Traspirante	Tena Pann. Mut. Super Tg.Piccola		€ 0,24001	30
Pannolone a mutanda PULL-ON 09.30.24	.063	XL	Traspirante	Pann. Pull Up Lille Suprem Maxi XI		€ 0,37100	14
		XL	Traspirante	Id Pants Plus XI		€ 0,37100	14
		L	Traspirante	Serenity Pants Normal Large 8X10Pz		€ 0,18600	10
		L	Traspirante	Serenity Pants Be Free Extra L 8X14		€ 0,37100	14
		L	Traspirante	Serenity Pants Extraplus L 8X14 Pz		€ 0,37100	14
		L	Traspirante	Serenity Pants Super L 8X10 Pz		€ 0,37100	10
		L	Traspirante	Serenity Pants Be Free Super L 8X10Pz		€ 0,37100	10
		L	Traspirante	Serenity Pants Adv Super L 8X10Pz		€ 0,37100	10
		M	Traspirante	Serenity Pants Normal Medium 8X10Pz		€ 0,18600	10
		M	Traspirante	Serenity Pants Be Free Extra M 8X14		€ 0,37100	14
		M	Traspirante	Serenity Pants Extraplus M 8X14 Pz		€ 0,37100	14
		M	Traspirante	Serenity Pants Super M 8X10 Pz		€ 0,37100	10
		M	Traspirante	Serenity Pants Be Free Super M 8X10Pz		€ 0,37100	10
		M	Traspirante	Serenity Pants Adv Super M 8X10Pz		€ 0,37100	10
		S	Traspirante	Id Pants Tbs Plus S N1 14		€ 0,27000	14
XS	Traspirante	Id Pants Xs Plus 14		€ 0,27000	14		
Traversa assorbente 09.30.42	.003	80x180	Rimboccabile	Traversa Assorbente 80X180 4X30		€ 0,13500	30
	.006	60 x 90	Non rimboccabile	Traversa Assorbente 60X90 4X30		€ 0,13400	30
	.006	60 x 60	Non rimboccabile	Traversa Classic 60X60 Cm 8X15Pz		€ 0,08001	15
	.006	60 x 40	Non rimboccabile	Traversa Classic XI 40X60 Cm 8X15Pz		€ 0,08001	15

Modulo da compilare per la scelta dei prodotti SERENITY

Sig./Sig.ra CF:

PIANO TERAPEUTICO AUTORIZZATO Data Inizio: Data Fine:

Tipologia di prodotto	Cod. ISO	Taglia	CARATTERISTICHE (standard, traspirante, pull-on)	Nome Prodotto	Indicare con una X le scelte	Prezzo unitario no IVA	Pezzi per conf.
Pannolone sagomato 09.30.18	.048	L	Standard	Pann. Sagomato Classic Maxi 4X30		€ 0,12300	30
			Traspirante	Pann. Sagomato Sd Maxi 4X30Pz		€ 0,16000	30
	.051	M	Standard	Pann. Sagomato Classic Super 4X30Pz		€ 0,10700	30
			Traspirante	Pann. Sagomato Sd Super 4X30Pz		€ 0,12300	30
			Standard	Pann. Sagomato Classic Extra 4X30Pz		€ 0,06600	31
			Traspirante	Pann. Sagomato Sd Extra 4X30Pz		€ 0,12501	32
	.054	S Unica	Per lieve incont.	Pann. Sagomato Classic Plus 4X30		€ 0,01001	30
			Per lieve incont.	Serenity Light Mini 8X20Pz		€ 0,01001	20
			Per lieve incont.	Serenity Light Normal 8X30Pz		€ 0,01500	30
			Per lieve incont.	Serenity Light Extra 8X30Pz		€ 0,10400	30
			Per lieve incont.	Serenity Light Super 8X30Pz		€ 0,10700	30
			Per lieve incont.	Anat Pad Serenity Advsuper 6X10 Pz		€ 0,10700	10
			Per lieve incont.	Serenity Light Maxi 4X30Pz		€ 0,11000	30
	.057	Unica	Per lieve incont. masch.	Serenity Man Extra 12X15 Pz		€ 0,09500	15
			Per lieve incont. masch.	Serenity Man Comfort 8X15Pcs		€ 0,09500	15
Per lieve incont. masch.			Protezione Uomo 4X30Pz		€ 0,09500	30	
Pannolone rettangolar e 09.30.04	.060	Unica	Con barriera	Classic C/Barriera6X30		€ 0,02000	30
			Senza barriera	Classic S/Barriera6X30		€ 0,02500	30
			Con barriera	Classic C/Barriera6X30 (lunghi)		€ 0,02000	30
			Senza barriera	Classic S/Barriera6X30 (lunghi)		€ 0,02500	30
Mutanda elastica riutilizzabil e 09.30.39	.003	XXL		Mutande A Rete XXI 12X3Pz		€ 0,45000	3
	.003	XL		Mutande A Rete XI 12X3Pz		€ 0,43000	3
	.006	L		Mutande A Rete L 12X3Pz		€ 0,22000	3
	.009	M		Mutande A Rete M 12X3Pz		€ 0,22000	3
	.012	S		Mutande A Rete S 12X3Pz		€ 0,47001	3
Pannolini per bambino 09.30.12	.042 da 7 a 14 Kg circa	2/5 kg	Traspirante	Bebecash Newborn 2-5 Kg		€ 0,01001	28
		3/6 kg	Traspirante	Bebecash Mini 3-6 Kg		€ 0,01001	56
		4/9 kg	Traspirante	Bebecash Midi 4-9 Kg		€ 0,01101	54
		4/9 kg	Traspirante	Pannolino Moltex Nature Midi N. 3		€ 0,03000	34
		7/18 kg	Traspirante	Bebecash Maxi 7-18 Kg		€ 0,02000	50
		7/18 kg	Traspirante	Pannolino Moltex Nature Maxi N. 4		€ 0,02500	30
		7/18 kg	Traspirante pull-on	Bebecash Pant Maxi 7-18 Kg		€ 0,05000	22
	.045 da 15 a 22 Kg circa	11/25 kg	Traspirante	Bebecash Junior 11-25 Kg		€ 0,03000	44
		11/25 kg	Traspirante pull-on	Pants Baby Bebecash Junior 5		€ 0,31001	20
		11/25 kg	Traspirante	Pannolino Moltex Nature Junior N. 5		€ 0,06140	26
		15/30 kg	Traspirante	Bebecash XI 15-30 Kg		€ 0,05100	44
		15/30 kg	Traspirante	Pannolino Moltex Nature XI N. 6		€ 0,06400	22
		15/30 kg	Traspirante	Pampers Baby Dry 15-30 Kg		€ 0,06400	15
		15/30 kg	Traspirante	Freelife By Bebecash Pants XI 15-30 Kg		€ 0,31001	18
		17/27 kg	Traspirante pull-on	Id Comfy Junior Pants (4-7 Anni)		€ 0,31001	14
		17/27 kg	Traspirante pull-on	Huggies Nuovo Dry Nites Boy (4-7 Anni)		€ 0,31001	10
		17/27 kg	Traspirante pull-on	Huggies Nuovo Dry Nites Girl (4-7 Anni)		€ 0,31001	10
		24/47 kg	Traspirante	Huggies Nuovo Dry Nites Girl (8-15 Anni)		€ 0,31001	9
		24/47 kg	Traspirante pull-on	Huggies Nuovo Dry Nites Boy (8-15 Anni)		€ 0,31001	9
		24/47 kg	Traspirante pull-on	Id Comfy Junior Pants (8-15 Anni)		€ 0,31001	14