

Sede di lavoro _____ Città _____ Via _____

Tel./ cell. _____

- Servizio Socio Assistenziale Domiciliare
- Cure Domiciliari Integrate di Primo Livello
- Cure Domiciliari Integrate di Secondo Livello
- Cure Domiciliari Integrate di Terzo Livello
- Cure Palliative
- Cure Domiciliari Prestazioni Cicliche
- Assistenza Domiciliare Programmata
- Servizio Assistenziale Semiresidenziale
- Servizio Assistenziale Residenziale

Altri servizi territoriali

(specificare) _____

Motivo della richiesta

Deficit della deambulazione (specificare) _____

Impossibilità ad accedere in ambulatorio pur senza deficit della deambulazione (specificare)

- Non autosufficienza
- Presenza di gravi patologie che necessitano di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio- ambientale che dal quadro clinico (specificare):
- Malati terminali (oncologici e non) ;
- Gravi fratture (in anziani);
- Malattia vascolare acuta;
- Insufficienza cardiaca in stato avanzato ;

- Insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale;
- Grave artropatia degli arti inferiori in stato avanzato ;
- Arteriopatia obliterante degli arti inferiori con gravi limitazioni;
- Cerebropatia e/o cerebroleso con forme gravi;
- Paraplegico e/o tetraplegico ;
- Malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA distrofia muscolare);
- Fasi avanzate e complicate di altre malattie croniche;
- Pazienti con necessità di nutrizione artificiale parentale ;
- Pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
- Pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza;

- Dimissione protetta da Strutture Ospedaliera;

- Altro _____

DIAGNOSI DETTAGLIATA E SINTESI DEI PROBLEMI SANITARI E SOCIO ASSISTENZIALI

PROFILO DELL'AUTONOMIA INDICARE CON UNA X

Profilo cognitivo

Lucido

Profilo mobilità

Si sposta da solo

Profilo funzionale

Autonomo o quasi

Confuso

Si sposta assistito

Dipendente

Molto confuso o stuporoso

Totalmente dipendente

Problemi comportamentali prevalenti

Profilo sanitario

Profilo sociale

Bassa

assistito

Intermedia

ziente assistito

Elevata

on sufficientemente assistito

Programma proposto dal Medico proponente

Accessi MMG/PLS si no

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi infermiere si no

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi fisioterapista si no

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi operatore sociale si no

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi specialista 1 (specificare) si no

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi specialista 2 (specificare) si no

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi psicologici (specificare) si no

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi altri operatori (specificare)

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Durata presunta dell'intervento (indicare il numero dei giorni effettivi) _____

Obiettivi dell'intervento (sintetica descrizione dei risultati attesi):

Data _____

Timbro e Firma del Medico
