

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

Profilo mobilità

Profilo funzionale

Lucido

Si sposta da solo

Autonomo o quasi

- Confuso Si sposta assistito Dipendente
 Molto confuso o stuporoso Totalmente dipendente
 Problemi comportamentali prevalenti

Profilo sanitario

- Bassa
 Intermedia
 Elevata

Profilo sociale

- Non assistito
 Parzialmente assistito
 Non sufficientemente assistito

Programma proposto dal Medico proponente			
<u>Accessi MMG/PLS</u> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no			
Periodicità:	<input type="checkbox"/> giornaliero	<input type="checkbox"/> mensile	<input type="checkbox"/> quindicinale <input type="checkbox"/> settimanale
<u>Accessi infermiere</u> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no			
Periodicità:	<input type="checkbox"/> giornaliero	<input type="checkbox"/> mensile	<input type="checkbox"/> quindicinale <input type="checkbox"/> settimanale
<u>Accessi fisioterapista</u> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no			
Periodicità:	<input type="checkbox"/> giornaliero	<input type="checkbox"/> mensile	<input type="checkbox"/> quindicinale <input type="checkbox"/> settimanale
<u>Accessi operatore sociale</u> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no			
Periodicità:	<input type="checkbox"/> giornaliero	<input type="checkbox"/> mensile	<input type="checkbox"/> quindicinale <input type="checkbox"/> settimanale
<u>Accessi specialista 1 (specificare)</u> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
Periodicità:	<input type="checkbox"/> giornaliero	<input type="checkbox"/> mensile	<input type="checkbox"/> quindicinale <input type="checkbox"/> settimanale
<u>Accessi specialista 2 (specificare)</u> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
Periodicità:	<input type="checkbox"/> giornaliero	<input type="checkbox"/> mensile	<input type="checkbox"/> quindicinale <input type="checkbox"/> 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) _____

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

Data _____

Timbro e Firma del Medico
