COMUNE DI SAN MARCO ARGENTANO

PROVINCIA DI COSENZA

Al PUA

Comune di _____

Ambito distrettuale _____

Dati dell'assistito per la quale si richiede il servizio

Nome _____ Cognome_____ sesso M ☐ F ☐

Noto/a a _____ (Prov. _____) il_____

Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Residente in _____

Cap. _____ Via _____ N._____

Recapito telefonico _____

Dati del medico proponente il servizio

Nome _____ Cognome _____

☐ Medico di Medicina Generale

☐ Pediatra di Libera Scelta

☐ Medico Specialista Ospedaliero

☐ Medico Specialista Territoriale

☐ Medico di Continuità Assistenziale

Altro (specificare) _____

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

☐ assistito

☐ ziente assistito

☐ 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 ☐ o

Periodicità: ☐ giornaliero ☐ mensile ☐ quindicinale ☐ ettimanale

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) _____

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

_____

_____

_____

_____

Data _____

Timbro e Firma del Medico

_____