

Richiesta di attivazione di percorso residenziale, semiresidenziale, domiciliare per persone non autosufficienti, anche anziane e per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
(da compilarsi a cura del MMG/PLS o medico ospedaliero/medico specialista ambulatoriale)

Cognome _____	Nome _____	Sesso F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	_____
Luogo di nascita _____		Data di nascita _____	
Indirizzo (residenza) _____			
Indirizzo di domicilio (se diverso da quello di residenza) _____			
Codice Fiscale _____		Telefono _____	
Comune di residenza _____		Municipio _____	
Persona di riferimento _____			
(specificare se familiare o altro) _____ Cognome - Nome - Recapito telefonico			

Diagnosi e descrizione del problema principale_

Altre condizioni cliniche
<input type="checkbox"/> diabete <input type="checkbox"/> cardiopatia <input type="checkbox"/> insufficienza cardiaca <input type="checkbox"/> malattie vascolari <input type="checkbox"/> insufficienza respiratoria <input type="checkbox"/> epatopatia non alcolica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> epatopatia alcolica <input type="checkbox"/> esiti frattura femore <input type="checkbox"/> esiti altre patologie ortopediche <input type="checkbox"/> malattie osteomuscolari <input type="checkbox"/> neoplasie <input type="checkbox"/> esiti <input type="checkbox"/> di ictus <input type="checkbox"/> demenza <input type="checkbox"/> altre malattie neurologiche <input type="checkbox"/> disturbi sensoriali <input type="checkbox"/> paralisi cerebrale infantile <input type="checkbox"/> malattia psichiatrica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> disabilità intellettiva <input type="checkbox"/> disturbo generalizzato dello sviluppo
<input type="checkbox"/> altro _____

Terapie in atto

Condizioni cliniche attuali (dati di rilievo)	
Stabilità clinica	<input type="checkbox"/> Stabile <input type="checkbox"/> Moderatamente instabile <input type="checkbox"/> Instabile
Stato di coscienza	Orientato: <input type="checkbox"/> nello spazio <input type="checkbox"/> nel tempo <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Soporoso <input type="checkbox"/> Stuporoso <input type="checkbox"/> Coma
Disturbi cognitivi	<input type="checkbox"/> Assenti/ lievi <input type="checkbox"/> Moderati <input type="checkbox"/> Gravi
Disturbi comportamentali	<input type="checkbox"/> assenti/lievi <input type="checkbox"/> Moderati <input type="checkbox"/> Gravi
Dolore:	0---1 ---2---3---4---5---6---7---8---9---10 (0 = assenza di dolore; 10: massimo dolore immaginabile)

Mobilità	<input type="checkbox"/> Indipendente (anche con carrozzina) <input type="checkbox"/> Cammina con l'aiuto di una persona <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente (allettato o carrozzina spinta da altri)
Alimentazione	<input type="checkbox"/> Si alimenta autonomamente <input type="checkbox"/> Necessita di assistenza per alimentarsi <input type="checkbox"/> Rifiuta di alimentarsi
Supporto sociale	Vive: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con coniuge <input type="checkbox"/> Con figli <input type="checkbox"/> Con genitori <input type="checkbox"/> con Fratelli <input type="checkbox"/> Altro _____ Assistito da <input type="checkbox"/> Familiari <input type="checkbox"/> Altre persone (vicini, badante)

Paziente trasportabile	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
-------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

Necessità assistenziali	
<input type="checkbox"/> Chemio/radioterapia	<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia (OLT)
<input type="checkbox"/> Ventilazione meccanica assistita	<input type="checkbox"/> Drenaggi
<input type="checkbox"/> Broncoaspirazione/drenaggio posturale	<input type="checkbox"/> Dialisi
<input type="checkbox"/> Emotrasfusione periodica	<input type="checkbox"/> PEG
<input type="checkbox"/> NAD	<input type="checkbox"/> SNG
Catetere Vescicale: <input type="checkbox"/> a permanenza	<input type="checkbox"/> a intermittenza
<input type="checkbox"/> catetere sovrapubico	<input type="checkbox"/> Catetere Venoso Centrale
<input type="checkbox"/> Catetere peridurale	
<input type="checkbox"/> Tracheotomia	<input type="checkbox"/> Uretronefrostomia
<input type="checkbox"/> Ileostomia	<input type="checkbox"/> Colostomia
<input type="checkbox"/> Ulcere cutanee	
<input type="checkbox"/> Altro _____	

Percorso richiesto:

Residenziale

Semiresidenziale

Domiciliare

Il Richiedente	
<input type="checkbox"/> MMG/PLS	<input type="checkbox"/> Medico Ospedaliero
<input type="checkbox"/> Specialista Ambulatoriale	
Cognome _____	Nome _____
Recapito tel. _____	e-mail _____
Se medico ospedaliero o specialista ambulatoriale specificare anche:	
Ospedale/Servizio _____	
Reparto/Unità Operativa _____	
Data _____	Timbro e Firma*c.r. _____
* c.r. codice regionale	

Da compilare ad integrazione del modulo di attivazione.

PERCORSO ASSISTENZIALE RICHIESTO	
ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) <input type="checkbox"/>	a far data dal _____
Dimissioni Protette <input type="checkbox"/>	prevista per il _____
ADP (Assistenza Domiciliare Programmata) settimanale <input type="checkbox"/> quindicinale <input type="checkbox"/> mensile <input type="checkbox"/>	
RSA <input type="checkbox"/>	
Riabilitazione (ex art.26) in regime: Domiciliare <input type="checkbox"/> Semiresidenziale <input type="checkbox"/> Residenziale <input type="checkbox"/>	

Data _____

Il richiedente

Cognome Nome _____

Recapito e-mail _____