



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 \_\_\_\_\_

<b>DIAGNOSI DETTAGLIATA E SINTESI DEI PROBLEMI SANITARI E SOCIO ASSISTENZIALI</b>
---

---



---



---



---



---



---



---

**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) \_\_\_\_\_

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

---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico

---