

Scheda di proposta di accesso ai servizi territoriali
(parte sanitaria da compilare da parte del medico proponente)

Dati dell'assistito per il quale si richiede il servizio

Nome _____ Cognome _____ Sesso: M F
Nato/a a: _____ (Prov. _____) il _____
Codice Fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Residente in _____
Cap. _____ Via _____ N. |_|_|_|_|_|

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 _____ N. |_|_|_|_|_|

Tel./Cell. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Servizio richiesto

- Servizio Socio Assistenziale Domiciliare
- Cure Domiciliari integrate di primo livello
- Cure Domiciliari integrate di secondo livello
- Cure Domiciliari integrate di terzo livello
- Cure Domiciliari Palliative
- Residenza Socio-Sanitaria per Disabili
- Residenza Socio-Sanitaria Anziani
- Residenza Socio-Sanitaria Medicalizzata
- Casa Protetta
- Servizio Ambulatoriale di Riabilitazione Estensiva
- Servizio Semiresidenziale di Riabilitazione Estensiva
- Servizio Residenziale di Riabilitazione Estensiva
- RRF codice 56 (Intensiva)
- Lungodegenza codice 60

Altri servizi residenziali (specificare)

Deficit della deambulazione (specificare)

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

non autosufficienza

presenza di gravi patologie che necessitano o di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al 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 parenterale;
- pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
- pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza.

dimissione protetta da Struttura Ospedaliera;

altro _____

DIAGNOSI DETTAGLIATA E SINTESI DEI PROBLEMI SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI

Profilo cognitivo

- lucido
- confuso
- molto confuso o stuporoso
- problemi comportamentali prevalenti

Profilo mobilità

- si sposta da solo
- si sposta assistito
- non si sposta

Profilo funzionale

- autonomo o quasi
- dipendente
- totalmente dipendente

Profilo sanitario

- bassa
- intermedia
- elevata

Profilo sociale

- ben assistito
- parzialmente assistito
- non 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 (specificare _____): SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi specialista 2 (specificare _____): SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi psicologi (specificare _____): SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi altri operatori (specificare _____): SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Data presunta dell'intervento (indicare il numero dei giorni effettivi |_|_|_|_|_|)

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

Data: |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Timbro e Firma del Medico