

Attivazione sistema delle cure domiciliari

SEGNALAZIONE / PROPOSTA DI ATTIVAZIONE DA PARTE DEL MEDICO DI MED. GEN.

Al Direttore del Distretto

(si prega di scrivere in stampatello maiuscolo)

SEZIONE A - DATI ANAGRAFICI		
<input type="text"/> COGNOME	<input type="text"/> NOME	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> SESSO
<input type="text"/> DATA DI NASCITA	<input type="text"/> COMUNE DI NASCITA	<input type="text"/> COD. SANIT.
<input type="text"/> COMUNE DI RESIDENZA	<input type="text"/> VIA	<input type="text"/> N° CIVICO
<input type="text"/> PERSONA DI RIFERIMENTO	<input type="text"/> N° TELEF. PERSONA DI RIFERIMENTO	<input type="text"/> N° TEL. ASSIST

necessita di: Assistenza Domiciliare Integrata Assistenza Infermierist. Domiciliare
 Assistenza Domiciliare Programmata

SEZIONE B - AUTOSUFFICIENZA (ADI)			
<input type="checkbox"/> persona non autosufficiente	<input type="checkbox"/> temporaneamente <input type="checkbox"/> permanentemente	Punteggio scale VMD	
<input type="checkbox"/> persona parzialmente autosufficiente		ADL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> persona con limitazione lieve dell'autosufficienza		IADL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> persona autosufficiente ma in situaz. di rischio socio-sanitario		SPMSQ	<input type="text"/>
		FIM	<input type="text"/>

SEZIONE C - IMPOSSIBILITA' A DEAMBULARE (ADP) (ASSIST. INFERMIERIST. DOMICILIARE)		
<input type="checkbox"/>	Impossibilità permanente a deambulare	
<input type="checkbox"/>	Impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni a causa di	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Non autosufficienza	<input type="checkbox"/> Abitazione in piano alto e senza ascensore
	<input type="checkbox"/> Altro (specificare):	
<input type="checkbox"/>	Impossibilità a deambulare per gravi patologie che necessino di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico (specificare):	

Il paz. presenta la seguente situazione socio-sanitaria (sez. D) e pertanto necessita delle seguenti prestazioni (sez. E/F) :

SEZIONE D - DIAGNOSI DETTAGLIATA E SINTESI DEI PROBLEMI SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI

SEZIONE E - PRESTAZIONI SANITARIE					SEZIONE F - PRESTAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI						
	Data di inizio			Durata presunt			Data di inizio			Durata presunt	
	g	m	a	g	m		g	m	a	g	m
<input type="checkbox"/> assistenza medico generica						<input type="checkbox"/> assistenza sociale e segretariato sociale					
<input type="checkbox"/> assistenza infermieristica domiciliare (specificare) :											
<input type="checkbox"/> visita medico-specialistica domiciliare (specificare) :						<input type="checkbox"/> assistenza domestica (S.A.D.)					
<input type="checkbox"/> assist. riabilitat. e di recup. funz. a domicilio						<input type="checkbox"/> assistenza abitativa (compresa quella rivolta alla eliminazione delle barriere architettoniche)					
<input type="checkbox"/> servizio di telesoccorso-telecontrollo						<input type="checkbox"/> assistenza economica					
<input type="checkbox"/> fornitura di ausili per incontinenza e/o presidi sanitari						<input type="checkbox"/> altro (specificare):					
<input type="checkbox"/> assist. OSA per :						<input type="checkbox"/> altro (specificare):					

Ritengo necessario recarmi a visitarlo al suo domicilio con cadenza :

SEZIONE G - CADENZA DEGLI ACCESSI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

<input type="checkbox"/> ogni giorni	<input type="checkbox"/> settimanale	<input type="checkbox"/> quindicinale	<input type="checkbox"/> mensile
--	--------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------

successive eventuali variazioni :

<input type="checkbox"/> ogni giorni	<input type="checkbox"/> settimanale	<input type="checkbox"/> quindicinale	<input type="checkbox"/> mensile	data
<input type="checkbox"/> ogni giorni	<input type="checkbox"/> settimanale	<input type="checkbox"/> quindicinale	<input type="checkbox"/> mensile	

Data	timbro, codice regionale e firma del medico
------	---

presentata al Distretto il _____ e approvata il _____	timbro e firma del coordinatore dell' U.V.D.
--	--