

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