



Richiesta di attivazione di percorso residenziale, semiresidenziale, domiciliare per persone non autosufficienti, anche anziane e per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale.

Cognome _____ Nome _____ Sesso ☐ F ☐ M

Luogo di nascita _____ data di nascita _____

Indirizzo (residenza) _____

Indirizzo di domicilio (se diverso da quello di residenza) _____

Codice Fiscale _____ Telefono _____

Comune di residenza _____

Persona di riferimento _____
(specificare se familiare o altro) (recapito telefonico)

Diagnosi e descrizione problema principale

Altre condizioni cliniche

- ☐ diabete ☐ cardiopatia ☐ insufficienza cardiaca ☐ insufficienza respiratoria ☐ epatopatie non alcoliche
☐ epatopatie alcoliche ☐ esiti frattura femore ☐ esiti altre patologie ortopediche ☐ malattie osteomuscolari
☐ neoplasie ☐ esiti ictus ☐ demenza ☐ altre malattie neurologiche ☐ paralisi cerebrale infantile
☐ malattia psichiatrica ☐ disabilità intellettiva ☐ disturbo generalizzato dello sviluppo

Terapie in atto :

CONDIZIONI CLINICHE (dati di rilievo)

Stabilità clinica:

- ☐ Stabile ☐ Moderatamente instabile ☐ Instabile

Stato di coscienza:

- Orientato ☐ nello spazio ☐ nel tempo ☐ Confuso ☐ Soporoso ☐ Stuporoso ☐ Coma

Disturbi cognitivi:

- ☐ Assenti/Lievi ☐ Moderati ☐ Gravi

Disturbi comportamentali:

- ☐ Assenti/Lievi ☐ Moderati ☐ Gravi

Dolore:

0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 (0=assenza di dolore; 10=massimo dolore immaginabile)

Mobilità:

- ☐ Indipendente (anche con carrozzina) ☐ Cammina con l'aiuto di una persona ☐ Totalmente dipendente (allettato o carrozzina spinta da altri)

Alimentazione:

- ☐ Si alimenta autonomamente ☐ Necessita di assistenza per alimentarsi ☐ Rifiuta di alimentarsi

Supporto sociale :

VIVE: ☐ Solo ☐ Con coniuge ☐ Con figli ☐ Con genitori ☐ Con fratelli☐ Altro _____Assistito da: ☐ Familiari ☐ Altre persone (vicini, badante...) _____Paziente trasportabile: ☐ Si ☐ No**Necessità assistenziali**☐ Chemio/radioterapia ☐ Ossigenoterapia (OLT) ☐ Ventilazione meccanica assistita ☐ Drenaggi☐ Bronco aspirazione/drenaggio posturale ☐ Dialisi ☐ Emotrasfusione periodica ☐ PEG ☐ NAD ☐ SNGCatetere vescicale ☐ a permanenza ☐ a intermittenza ☐ Catetere sovrapubico ☐ Catetere Venoso Centrale☐ Catetere peridurale ☐ Tracheotomia ☐ Uretronefrostomia ☐ Ileostomia ☐ Colostomia ☐ Ulcere cutanee

Altro _____

Percorso richiesto:☐ Residenziale☐ Semiresidenziale☐ Domiciliare

Data _____

Il compilatore**MMG/PLS**

Cognome _____ Nome _____

Recapito tel. _____ e-mail _____

Medico ospedaliero

Cognome _____ Nome _____

Ospedale _____ Unità Operativa _____

Recapito tel. _____ e-mail _____

Timbro e firma _____