



PER RICOVERO EX ART 26 RIABILITAZIONE  
OCCORRE:

- IMPEGNATIVA PER VISITA MULTIDIMENSIONALE EX ART 26 RESIDENZIALE DAL MEDICO DI BASE
- MODULO IN ALLEGATO CHE IL MEDICO DOVRA' COMPIERE METTENDO UNA X SU RESIDENZIALE EX ART 26
- FOTOCOPIA CARTA D'IDENTITA'
- FOTOCOPIA TESSERA SANITARIA
- DOCUMENTAZIONE SANITARIA

CONSEGNARE IL TUTTO PRESSO UFFICIO PUA



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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 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 _____		(recapito telefonico)
(specificare se familiare o altro)		

<b>Diagnosi e descrizione problema principale</b>
_____
_____
_____

<b>Altre condizioni cliniche</b>
<input type="checkbox"/> diabete <input type="checkbox"/> cardiopatia <input type="checkbox"/> insufficienza cardiaca <input type="checkbox"/> insufficienza respiratoria <input type="checkbox"/> epatopatie non alcoliche
<input type="checkbox"/> epatopatie alcoliche <input type="checkbox"/> esiti frattura femore <input type="checkbox"/> esiti altre patologie ortopediche <input type="checkbox"/> malattie osteomuscolari
<input type="checkbox"/> neoplasie <input type="checkbox"/> esiti ictus <input type="checkbox"/> demenza <input type="checkbox"/> altre malattie neurologiche <input type="checkbox"/> paralisi cerebrale infantile
<input type="checkbox"/> malattia psichiatrica <input type="checkbox"/> disabilità intellettiva <input type="checkbox"/> disturbo generalizzato dello sviluppo

<b>Terapie in atto :</b>
_____
_____
_____

CONDIZIONI CLINICHE (dati di rilievo)	
<b>Stabilità clinica:</b>	<input type="checkbox"/> Stabile <input type="checkbox"/> Moderatamente instabile <input type="checkbox"/> Instabile
<b>Stato di coscienza:</b>	Orientato <input type="checkbox"/> nello spazio <input type="checkbox"/> nel tempo <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Soporoso <input type="checkbox"/> Stuporoso <input type="checkbox"/> Coma
<b>Disturbi cognitivi:</b>	<input type="checkbox"/> Assenti/Lievi <input type="checkbox"/> Moderati <input type="checkbox"/> Gravi
<b>Disturbi comportamentali:</b>	<input type="checkbox"/> Assenti/Lievi <input type="checkbox"/> Moderati <input type="checkbox"/> Gravi
<b>Dolore:</b>	0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10   (0=assenza di dolore; 10=massimo dolore immaginabile)
<b>Mobilità:</b>	<input type="checkbox"/> Indipendente (anche con carrozzina) <input type="checkbox"/> Cammina con l'aiuto di una persona <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente (allettato o carrozzina spinta da altri)
<b>Alimentazione:</b>	<input type="checkbox"/> Si alimenta autonomamente <input type="checkbox"/> Necessita di assistenza per alimentarsi <input type="checkbox"/> Rifiuta di alimentarsi
<b>Supporto sociale :</b>	

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  Uretro-nefrostomia  Ileostomia  Colostomia  Ulcere cutanee

Altro \_\_\_\_\_

Percorso richiesto:

 Residenziale *Ex Art 26*  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 \_\_\_\_\_