

REGIONE CALABRIA – ASP CROTONE

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 $\frac{1}{2\pi}$ F $\frac{1}{2\pi}$
Nato/a a _____ (Prov. _____) il _____
Codice Fiscale _____ Residente in _____
Cap. _____ Via. _____ N. _____

Dati del medico proponente il servizio

Nome _____ Cognome _____

- ⊖ Medico di Medicina Generale
- ⊖ Medico Specialista Ospedaliero
- ⊖ Medico Specialista Territoriale
- ⊖ Medico di Continuità Assistenziale
- ⊖ Altro (specificare) _____

Sede di lavoro _____ Città _____ Via _____ N. _____

Tel/Cel. | | | | | | | | | | | | | | | |

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
- ⊖ Cure Domiciliari Prestazionali Cicliche
- ⊖ Assistenza Domiciliare Programmata
- ⊖ Servizio Assistenziale Semiresidenziale
- ⊖ Servizio Assistenziale Residenziale

Altri servizi territoriali

(specificare) _____

Motivo della richiesta

ò deficit della deambulazione (specificare) _____

—

ò impossibilità ad accedere in ambulatorio pur senza deficit della deambulazione (specificare) _____

—

ò non autosufficienza

ò presenza di gravi patologie che necessitano di controlli ravvicinati sia in relazione lilla 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.

ò dimissione protetta da Struttura Ospedaliera;

ò altro _____

DIAGNOSI DETTAGLIATA E SINTESI DEI PROBELIMI SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI

PROFILO DELL'AUTONOMIA (INDICARE CON UNA X)

Profilo cognitivo

- lucido
- confuso
- molto confuso o stuporoso
- problemi

Pronto mobilità

- comportamentali prevalenti
- si sposta da solo
- si sposta assistito

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 1: (specificare _____) SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi specialista 2: (specificare _____) SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi psicologici: (specificare _____) SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi altri operatori: (specificare _____) SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Durata presunta dell'intervento (indicare il numero di giorni effettivi):

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

—

—

—

—

Data _____

Timbro e Firma Medico
