

## 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 Domiciliare Integrate di secondo livello
- ≡ Cure domiciliare 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**

≡ **deficit della deambulazione** (specificare)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

—

≡ **impossibilità ad accedere in ambulatorio pur senza deficit della deambulazione**  
(specificare) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

—

≡ **non autosufficienza**

≡ **presenza di gravi patologie che necessitano 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 DELL'AUTONOMIA (INDICARE CON UNA X)**

**Profilo cognitivo**

- lucido
- confuso
- molto confuso o stuporoso
- problemi comportamentali prevalenti

**Profilo mobilità**

- 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**

---