

COMUNE DI SAN MARCO ARGENTANO  
PROVINCIA DI COSENZA

AI PUA

Comune di \_\_\_\_\_

Ambito distrettuale \_\_\_\_\_

Dati dell'assistito per la quale si richiede il servizio

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ sesso M  F

Noto/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 Residente in \_\_\_\_\_

Cap. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Tel./ cell. \_\_\_\_\_

- Servizio Socio Assistenziale Domiciliare
- Cure Domiciliari Integrate di Primo Livello
- Cure Domiciliari Integrate di Secondo Livello
- Cure Domiciliari Integrate di Terzo Livello
- Cure Palliative
- Cure Domiciliari Prestazioni 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 dal 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 parentale ;
- Pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
- Pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza;
  
- Dimissione protetta da Strutture Ospedaliera;
  
- Altro \_\_\_\_\_

|  |
|--|
| DIAGNOSI DETTAGLIATA E SINTESI DEI PROBLEMI SANITARI E SOCIO ASSISTENZIALI |
|--|

---



---



---



---



---



---



---

PROFILO DELL'AUTONOMIA INDICARE CON UNA X

Profilo cognitivo

Profilo mobilità

Profilo funzionale

Lucido

Si sposta da solo

Autonomo o quasi

- Confuso                                       Si sposta assistito                                       Dipendente  
 Molto confuso o stuporoso                                       Totalmente dipendente  
 Problemi comportamentali prevalenti

Profilo sanitario

- Bassa  
 Intermedia  
 Elevata

Profilo sociale

- Non 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)

Periodicità:  giornaliero  mensile  quindicinale  settimanale

Durata presunta dell'intervento (indicare il numero dei giorni effettivi) \_\_\_\_\_

Obbiettivi dell'intervento (sintetica descrizione dei risultati attesi):

---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico

---