

SCHEDA DI SEGNALAZIONE PER INSERIMENTO ALLE CURE DOMICILIARI

Distretto di: _____

Cognome _____	Nome _____	Luogo di nascita _____
Data di nascita _____	Domicilio Via _____	Città _____
Tel. _____	In Urgenza Contattare _____	Tel : _____
Medico Curante _____	Codice Fiscale Paz.	

Il sanitario proponente della richiesta di inserimento al trattamento alle cure domiciliari ha ritenuto idoneo il suddetto paziente, secondo i criteri di eleggibilità delle

Linee Guide Regionali - Delibera N.° 862 del 10/06/2008

MALATTIE ONCOLOGICHE - TERMINALI ACCIDENTI VASCOLARI ACUTI
 GRAVI FRATTURE NEGLI ANZIANI RIABILITAZIONE DA VASCULOPATIE
 MALATTIE ACUTE TEMPORANEAM. INVALIDANTI ALTRO _____

SEGNALAZIONE ORDINARIA

DIMISSIONE PROTETTA

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il/la sottoscritto/a **DICHIARA** di essere stato/a informato/a esaurientemente dal dott. _____

sul tipo di trattamento domiciliare con interventi multidisciplinari e di acconsentire a tale trattamento.

Data ____/____/____

Firma _____

MEDICO PROPONENTE

MEDICO DI MEDICINA GENERALE	MEDICO OSPEDALIERO	MEDICO SPECIALISTA TERRITORIALE
Cognome _____		
Nome _____	Unità Operativa	
Tel. Amb. _____		
Cellulare _____	_____	_____
Timbro e Firma	Timbro e Firma	Timbro e Firma

Cognome _____ Nome _____ Data di Nascita _____

DATI DI INTERESSE SOCIO - SANITARIO

STATO CIVILE CONIUGATO / A VEDOVO / A CELIBE / NUBILE SEPARATO / A

CONVIVENZA SOLO / A CON IL CONIUGE CON I FIGLI CON ALTRI

DISTURBI COGNITIVI LIEVI O ASSENTI MODERATI GRAVI

DIST. COMPORTAMENTALI LIEVI O ASSENTI MODERATI GRAVI

AUTONOMIA AUTONOMO PARZIALMENTE DIPENDENTE TOTALMENTE DIPENDENTE

GRADO DI MOBILITA' SI SPOSTA DA SOLO O CON AUSILI SI SPOSTA ASSISTITO NON SI SPOSTA - ALLETTATO

NUMERO CONVIVENTI NUCLEO FAMILIARE ASSISTENTE NON FAMILIARE CONVIVENTE SI NO SUPPORTO SOCIALE SI Parz. NO

AUTOSUFFICIENZA : MANGIARE SI NO VESTIRSI SI NO IGIENE PERSONALE SI NO CONTINENZA SI NO

ISTRUZIONE ANALFABETA LIC. ELEMENTARE LIC. MEDIA DIPLOMA SUP. / LAUREA

PENSIONE TIPO _____ ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO SI NO

Anamnesi patologica recente _____

Diagnosi _____
Diagnosi Concomitante _____

Paziente è portatore di :	Trattamento farmacologico in atto:
Catetere Vescicale <input type="checkbox"/> Tracheotomia <input type="checkbox"/>	_____
C. V.C. - Picc - Meline - Port <input type="checkbox"/> Urostomia <input type="checkbox"/>	_____
S.N.G. - Peg <input type="checkbox"/> Enterostomia <input type="checkbox"/>	_____
Ossigeno Terapia <input type="checkbox"/> Altro _____	_____
	Numero Accessi Domiciliari MMG <input type="text"/>

E' IN TRATTAMENTO DOMICILIARE CON ALTRA STRUTTURA CONVENZIONATA? SI NO

E' IN TRATTAMENTO DOMICILIARE INTEGRATO - COMUNE ? SI NO

UTILIZZA O SONO STATI PRESCRITTI AUSILI E/O PROTESICI ? SI NO

Quali ? Pannoloni Traverse Cateteri Vescicale Materasso Antidecubito Letto articolato Carrozzina Deambulatore Altro

U.O.S.D. COORDINAMENTO ATTIVITA' DOMICILIARI E PALLIATIVE

Cognome _____ Nome _____ Data di Nascita _____

DIARIO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE
Accessi domiciliari del Medico di Medicina Generale

DATA	ORA	Annotazioni	FIRMA