

**Richiesta di attivazione di percorso residenziale, semiresidenziale, domiciliare per  
persone non autosufficienti, anche anziane e per persone con disabilità fisica,  
psichica e sensoriale**

(da compilarsi a cura del MMG/PLS o medico ospedaliero/medico specialista ambulatoriale)

Cognome _____	Nome _____
Sesso F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Data di nascita _____	Luogo di nascita _____
Indirizzo (residenza) _____	
Indirizzo di domicilio (se diverso da quello di residenza) _____	
Comune di residenza _____	Municipio _____
Codice Fiscale _____	Telefono _____
Persona di riferimento	
Cognome _____	Nome _____
_____	
<i>(specificare se familiare o altro)</i>	
Telefono _____	

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

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

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



<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>Il paziente ha già usufruito/sta già usufruendo di un servizio di telemedicina aziendale?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO se SI, specificare il servizio _____

<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: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con coniuge <input type="checkbox"/> Con figli <input type="checkbox"/> Con genitori <input type="checkbox"/> con Fratelli <input type="checkbox"/> Altro _____ Assistito da <input type="checkbox"/> Familiari <input type="checkbox"/> Altre persone ( vicini, badante.....) _____

<b>Paziente trasportabile</b>	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
-------------------------------	---

<b>Necessità assistenziali</b>			
<input type="checkbox"/> Chemio/radioterapia	<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia (OLT)	<input type="checkbox"/> Ventilazione meccanica assistita	<input type="checkbox"/> Drenaggi
<input type="checkbox"/> Broncoaspirazione/drenaggio posturale	<input type="checkbox"/> Dialisi	<input type="checkbox"/> Emotrasfusione periodica	<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> NAD
<input type="checkbox"/> SNG			
Catetere Vescicale: <input type="checkbox"/> a permanenza <input type="checkbox"/> a intermittenza <input type="checkbox"/> catetere sovrapubico			
<input type="checkbox"/>	Catetere	Venoso	Centrale
<input type="checkbox"/> Catetere peridurale	<input type="checkbox"/> Tracheotomia	<input type="checkbox"/> Uretronefrostomia	<input type="checkbox"/> Ileostomia <input type="checkbox"/> Colostomia

- Ulcere cutanee  
 Altro (indicare eventuali esami, visite specialistiche,...) \_\_\_\_\_

**Percorso richiesto:**

Residenziale

Semiresidenziale

Domiciliare

<b>PERCORSO ASSISTENZIALE RICHIESTO</b>	
<b>ADI</b> (Assistenza Domiciliare Integrata) <input type="checkbox"/>	a far data dal _____
<b>Dimissioni Protette</b> <input type="checkbox"/>	previste per il _____
<b>ADP</b> (Assistenza Domiciliare Programmata)	
settimanale <input type="checkbox"/> quindicinale <input type="checkbox"/> mensile <input type="checkbox"/>	
<b>RSA</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Riabilitazione (ex art.26) in regime:</b>	
Domiciliare <input type="checkbox"/> Semiresidenziale <input type="checkbox"/> Residenziale <input type="checkbox"/>	
<b>Telemedicina (specificare il servizio):</b>	
<input type="checkbox"/> Teleassistenza infermieristica, con frequenza settimanale di (1-6) _____ interventi, e consegna dei seguenti devices:	
<input type="checkbox"/> sensore glicemia <input type="checkbox"/> termometro digitale <input type="checkbox"/> bilancia digitale <input type="checkbox"/> monitor multiparametrico	
<b><u>Durata dell'intervento max 30 giorni fino a rivalutazione clinica</u></b>	
<input type="checkbox"/> Televisita di controllo (entro 30 giorni):	
<input type="checkbox"/> cardiologica <input type="checkbox"/> endocrinologica <input type="checkbox"/> geriatrica <input type="checkbox"/> medicina fisica/riabilitazione <input type="checkbox"/> neurologica <input type="checkbox"/> nefrologica <input type="checkbox"/> pneumologica <input type="checkbox"/> terapia del dolore	
<input type="checkbox"/> Controllo remoto dei dispositivi cardiaci	
<input type="checkbox"/> Teledialisi	

**Il Richiedente**

MMG/PLS

Medico Ospedaliero

Specialista Ambulatoriale

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_

**Recapito tel.** \_\_\_\_\_ **e-mail** \_\_\_\_\_

Se medico ospedaliero o specialista ambulatoriale specificare anche:

Ospedale/Servizio \_\_\_\_\_