

**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 _____	

Diagnosi e descrizione del problema principale

Altre condizioni cliniche
<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

Terapie in atto

Stabilità clinica	<input type="checkbox"/> Stabile <input type="checkbox"/> Moderatamente instabile <input type="checkbox"/> Instabile
Stato di coscienza	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
Disturbi cognitivi	<input type="checkbox"/> Assenti/ lievi <input type="checkbox"/> Moderati <input type="checkbox"/> Gravi
Disturbi comportamentali	<input type="checkbox"/> Assenti/lievi <input type="checkbox"/> Moderati <input type="checkbox"/> Gravi
Dolore: 0---1 ---2---3---4---5---6---7---8---9---10 (0 = assenza di dolore; 10: massimo dolore immaginabile)	
Il paziente ha già usufruito/sta già usufruendo di un servizio di telemedicina aziendale?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO se SI, specificare il servizio _____

Mobilità	<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)
Alimentazione	<input type="checkbox"/> Si alimenta autonomamente <input type="checkbox"/> Necessita di assistenza per alimentarsi <input type="checkbox"/> Rifiuta di alimentarsi
Supporto sociale	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.....) _____

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

Necessità assistenziali			
<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

PERCORSO ASSISTENZIALE RICHIESTO

ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) a far data dal _____

Dimissioni Protette previste per il _____

ADP (Assistenza Domiciliare Programmata)

settimanale quindicinale mensile

RSA

Riabilitazione (ex art.26) in regime:

Domiciliare Semiresidenziale Residenziale

Telemedicina (specificare il servizio):

Teleassistenza infermieristica, con frequenza settimanale di (1-6) _____ interventi, e consegna dei seguenti devices:

- sensore glicemia
- termometro digitale
- bilancia digitale
- monitor multiparametrico

Durata dell'intervento max 30 giorni fino a rivalutazione clinica

Televisita di controllo (entro 30 giorni):

- cardiologica
- endocrinologica
- geriatrica
- medicina fisica/riabilitazione
- neurologica
- nefrologica
- pneumologica
- terapia del dolore

Controllo remoto dei dispositivi cardiaci

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 _____