

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 F

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 Domiciliari Integrate di secondo livello
- ⇒ Cure domiciliari 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
