

REGIONE MARCHE – AREA VASTA N. 3 DISTRETTO DI \_\_\_\_\_

## Attivazione sistema delle cure domiciliari

SEGNALAZIONE / PROPOSTA DI ATTIVAZIONE DA PARTE DEL MEDICO DI MED. GEN.

Al Direttore del Distretto

(si prega di scrivere in stampatello maiuscolo)

**SEZIONE A - DATI ANAGRAFICI**

		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
COGNOME	NOME	SESSO
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	COD. SANIT.
COMUNE DI RESIDENZA	VIA	N° CIVICO
PERSONA DI RIFERIMENTO	N° TELEF. PERSONA DI RIFERIMENTO	N° TEL. ASSIST

necessita di:  Assistenza Domiciliare Integrata       Assistenza Infermierist. Domiciliare  
 Assistenza Domiciliare Programmata     

**SEZIONE B - AUTOSUFFICIENZA (ADI)**

<input type="checkbox"/> persona non autosufficiente	<input type="checkbox"/> temporaneamente  <input type="checkbox"/> permanentemente	<b>Punteggio scale VMD</b>	
<input type="checkbox"/> persona parzialmente autosufficiente		<b>ADL</b>	
<input type="checkbox"/> persona con limitazione lieve dell'autosufficienza		<b>IADL</b>	
<input type="checkbox"/> persona autosufficiente ma in situaz. di rischio socio-sanitario		<b>SPMSQ</b>	
		<b>FIM</b>	

**SEZIONE C - IMPOSSIBILITA' A DEAMBULARE (ADP) (ASSIST. INFERMIERIST. DOMICILIARE)**

<input type="checkbox"/>	Impossibilità permanente a deambulare		
<input type="checkbox"/>	Impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni a causa di		
	<input type="checkbox"/> Non autosufficienza	<input type="checkbox"/> Abitazione in piano alto e senza ascensore	<input type="checkbox"/> Altro (specificare):
<input type="checkbox"/>	Impossibilità a deambulare per gravi patologie che necessitino di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico (specificare):		

Il paz. presenta la seguente situazione socio-sanitaria (sez. D) e pertanto necessita delle seguenti prestazioni (sez. E/F) :

SEZIONE D - DIAGNOSI DETTAGLIATA E SINTESI DEI PROBLEMI SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI											

SEZIONE E - PRESTAZIONI SANITARIE						SEZIONE F - PRESTAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI					
	Data di inizio			Durata presunt			Data di inizio			Durata presunt	
	g	m	a	g	m		g	m	a	g	m
<input type="checkbox"/> assistenza medico generica						<input type="checkbox"/> assistenza domestica (S.A.D.)					
<input type="checkbox"/> assistenza infermieristica domiciliare (specificare) :						<input type="checkbox"/> assistenza abitativa (compresa quella rivolta alla eliminazione delle barriere architettoniche)					
<input type="checkbox"/> visita medico-specialistica domiciliare (specificare) :						<input type="checkbox"/> assistenza sociale e segretariato sociale					
<input type="checkbox"/> assist. riabilitat. e di recup. funz. a domicilio						<input type="checkbox"/> assistenza economica					
<input type="checkbox"/> servizio di telesoccorso-telecontrollo						<input type="checkbox"/> ingresso in residenza protetta					
<input type="checkbox"/> fornitura di ausili per incontinenza e/o presidi sanitari						<input type="checkbox"/> ingresso in RSA/hospice					
<input type="checkbox"/> assist. OSA per :						<input type="checkbox"/>					

Ritengo necessario recarmi a visitarlo al suo domicilio con cadenza :

**SEZIONE G - CADENZA DEGLI ACCESSI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

<input type="checkbox"/> ogni ..... giorni	<input type="checkbox"/> settimanale	<input type="checkbox"/> quindicinale	<input type="checkbox"/> mensile
--	--------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------

successive eventuali variazioni :

<input type="checkbox"/> ogni ..... giorni	<input type="checkbox"/> settimanale	<input type="checkbox"/> quindicinale	<input type="checkbox"/> mensile	data
<input type="checkbox"/> ogni ..... giorni	<input type="checkbox"/> settimanale	<input type="checkbox"/> quindicinale	<input type="checkbox"/> mensile	

Data	timbro, codice regionale e firma del medico
------	---

presentata al Distretto il _____ e approvata il _____	timbro e firma del coordinatore dell' U.V.D.
--	--