

**U.O. ASSISTENZA DISTRETTUALE**  
**Ufficio Unificato MMG e PLS**  
**Ex Direzione Sanitaria**  
**Tel. 010-3446/746-753-760-761-762-769**  
**Fax 010-3446752/744**

Dott. \_\_\_\_\_  
*(Nominativo del medico richiedente)*

Assistenza programmata domiciliare  - in comunità  - integrata

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

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ sesso **M**  - **F** .

luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

eventuale domicilio sanitario o in comunità \_\_\_\_\_

n. civico \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**ambito** \_\_\_\_\_ eventuale esenzione ticket al momento della domanda **SI**  - **NO** .

**Proposte di accessi domiciliare:** (barrare) mensile       quindicinale       settimanale

**Dichiaro di aver preso visione di quanto disposto dagli Artt 32 -39-45 ed All "G" del DPR 270/00**

TIMBRO

e

FIRMA DEL MEDICO

\_\_\_\_\_

**data di consegna** \_\_\_\_\_

**Parte riservata all'Ufficio Med. Gen. e Ped.**

Data di scadenza \_\_\_\_\_

NOTE:

**U.O. ASSISTENZA DISTRETTUALE**

**Ufficio Unificato Medicina Gen. e Pediatrica**

Tel. 010-3446/746-753-760-761-762-769

Fax 010-3446752

e-mail: [valter.orvieto@asl3.liguria.it](mailto:valter.orvieto@asl3.liguria.it)

**VALUTAZIONE MEDICA DELL'AUTONOMIA E DELLO STATO DI SALUTE DEL/DELLA  
SIGNOR/SIGNORA:**

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

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Sesso M  F .

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via/ piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Eventuale domicilio sanitario o di comunità \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Al momento della presentazione della domanda esiste una esenzione ticket **SI**  **NO**

**VALUTAZIONE**

	1) COERENZA
2	Coerente
1	Parz. o salt. Coerente
0	Incoerente(bisogno di sorv.cont.)

	2) ORIENTAMENTO
2	Ben orientato
1	Parz. O salt. orientato
0	Disorientato t.s.p.

	3) INSERIMENTO SOCIALE
2	Nessun probl.di inserim. nel proprio cont.sociale
1	Qualche difficoltà (rapporti con freq. Contrasti)
0	Gravi problemi (non riesce a mantenere rapporti)

	4)VISTA
2	Vede bene (anche con lenti)
1	La funzione è parzialmente conservata
0	Non vedente

	5) UDITO
2	Sente bene (anche con protesi acustica)
1	La funzione è parzialmente conservata
0	Non udente

	6) PAROLA
2	Parla e comprende normalmente
1	Difficoltà nell'espressione verbale
0	Turbe gravi dell'espressione e comprensione

	7) IGIENE SUPERIORE
2	Autosufficiente
1	Parzialmente autosufficiente
0	Non autosufficiente

	8) IGIENE INFERIORE
2	Autosufficiente
1	Parzialmente autosufficiente
0	Non autosufficiente

	9) ABBIGLIAMENTOSUP.(camicia maglia)
2	Autosufficiente
1	Parzialmente autosufficiente
0	Non autosufficiente

	11) ABBIGLIAMENTO INF. (pantaloni calze)
2	Autosufficiente
1	Parzialmente autosufficiente
0	Non autosufficiente

	13) AIUTO ALL'ALIMENTAZIONE
2	Nessun aiuto
1	Adattamento al pasto (aiuto per tagliare i cibi)
0	Aiuto totale e sorveglianza continua

	15) CONTINENZA ANALE
2	Continente
1	Incontinente saltuario
0	Incontinente frequente

	17) MOBILITA' INTERNA
2	Si muove senza limiti nella residenza
1	Si muove solo in camera
0	Non può essere alzato mai da letto

	19) IGIENE POSTO LETTO
2	Autosufficiente
1	Necessita di aiuto
0	Nessuna attività

	10) ABBIGLIAMENTO CENTR. (mutande)
2	Autosufficiente
1	Parzialmente autosufficiente
0	Non autosufficiente

	12) TIPO DI ALIMENTAZIONE
2	Normale (per os)
1	Liquida o semiliquida per os
0	Artificiale(sonda NG, gastroenterostomia,TPN)

	14) CONTINENZA URINARIA
2	Continente
1	Incontinente saltuario
0	Incontinente frequente

	16) MOBILIZZAZIONE DA LETTO
2	Si alza senza aiuto
1	Deve essere aiutato
0	Deve essere alzato passivamente

	18) AIUTO ALLA DEAMBULAZIONE
2	Nessun aiuto
1	Aiuto meccanico (bastone,tripode,carrozzellase autosuf)
0	Aiuto umano(anche per spingere la carrozzella)

### DIAGNOSI

(barrare la casella che interessa)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arteriopatia degli arti inferiori in stadio avanzato  | <input type="checkbox"/> Insufficienza cardiaca in stadio avanzato                   |
| <input type="checkbox"/> Grave artropatia arti inferiori con grave limitazione | <input type="checkbox"/> Insufficienza respiratoria grave con limitazione funzionale |
| <input type="checkbox"/> Protesi arti inferiori                                | <input type="checkbox"/> Cerebropatia o lesione cerebrale di grado severo            |
| <input type="checkbox"/> Neoplasia in stadio avanzato                          | <input type="checkbox"/> Tetraplegia   |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare)                                   |  |

- 
- 
- Gravi difficoltà a deambulare, con impossibilità a raggiungere l'ambulatorio con mezzi comuni (indicare il tipo di impedimento logistico)
- 
-

**Il paziente necessita inoltre delle seguenti prestazioni:**

- Terapia iniettiva
- Prelievi ematici
- controlli glicemici
- Mobilizzazione antidecubito
- Cambio catetere
- Lavaggio vescicale
- Misurazioni ripetute pressione arteriosa
- Clisteri ripetuti con eventuale estrazione manuale feci
- Altro (specificare)

**Medicazioni per:**

- Stomie
- Decubiti
- Ulcere varicose/distrofiche
- Altra medicazione

**Il paziente è HbsAg+**            **si**  - **no**

**Il paziente è HIV+**            **si**  - **no**

**Il paziente e allergico a:** \_\_\_\_\_

**Diagnosi finale dettagliata:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PROPOSTA DI ACCESSI DOMICILIARI (barrare)**

**Mensile**                                       **Quindicinale**                                       **Settimanale**

**Genova li** .....

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO**

**N.B.** per ciò che riguarda la normativa vedi: All. G (art. 32 -39 - 45) DPR 270/2000.