

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

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)
-
-

