

## 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 Domiciliare Integrate di secondo livello
- Cure domiciliare 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**

\_\_\_\_\_