

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
