

SCHEDA DI PROPOSTA PER L'ACCESSO AI SERVIZI TERRITORIALI

REGIONE CALABRIA – ASP | | | |

Scheda di proposta di accesso ai servizi territoriali
(parte generale da compilare dal richiedente/familiare o persona autorizzata)

AI PUA

Comune di _____

Ambito distrettuale _____

II/La Richiedente

Nome _____ Cognome _____ Sesso: M F

Nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | Residente in _____

Cap. _____ Via _____ N. | | | | |

Domiciliato (se diverso dalla residenza) in

Via _____ N. | | | | | Tel./ cell. | | | | | | | | | | | | | | | | |

Stato civile: coniugato separato divorziato vedovo celibe/nubile

Convivenza: solo con figli con coniuge con parenti con altri con coniuge e figli

Abitazione: di proprietà in affitto al piano n° _____ (solo se l'abitazione è priva di ascensore)

Parte da compilare in caso di istanza richiesta dal rappresentante legale (genitore, tutore, curatore, amministratore di sostegno, etc..) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 DPR 445/2000):

Nome _____ Cognome _____

Residente in _____ Via _____ N. | | | | |

Tel./ cell. | | | | | | | | | | | | | | | | |

rappresentante legale del richiedente (specificare) _____

persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela) _____

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) _____ -

Natura del bisogno:

- sociale
- medico di base
- medico specialistico
- infermieristico
- riabilitativo
- psicologico
- Altro _____

Informazioni sul Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera scelta del richiedente

Nome _____ Cognome _____

Studio medico in _____ Via _____ N. |_|_|_|_|

Tel./ cell. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Luogo e Data _____ Firma _____

Consenso informato

Si **autorizza** il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs 196/2003 SI NO

Luogo e Data _____ Firma _____

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
- Pediatra di Libera Scelta
- Medico Specialista Ospedaliero
- Medico Specialista Territoriale
- Medico di Continuità Assistenziale
- Altro (specificare) _____

Sede di lavoro _____ Città _____ Via _____ N. |_|_|_|_|

Tel./ cell. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

Profilo cognitivo

- Lucido
- Confuso
- Molto confuso
- Problemi comportamentali

Profilo mobilità

- Si sposta da solo con ausili
- Si sposta assistito
- Allettato

Profilo funzionale

- Dipendente
- Totalmente dipendente

Profilo sanitario

- Ass.bassa
- Ass.media
- Ass.elevata

Profilo sociale

- Ben assistito
- Parz. Assistito
- Non suff.assistito

PROPOSTA MEDICO MEDICINA GENERALE O PEDIATRA LS

Accesso MMG o PLS

- SI
- NO

Accesso INFERMIERE

- SI
- NO

Accesso FISIOTERAPISTA

- SI
- NO

Accesso OPERATORE SOCIALE (a carico del COMUNE)

- SI
- NO

Accesso SPECIALISTA _____

- SI
- NO

Accesso altri operatori _____

- SI
- NO

Durata prevista dell'intervento _____

RISULTATI ATTESI

DATA _____

FIRMA E TIMBRO con codice reg.
