



ATTIVAZIONE SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI

Segnalazione/proposta di attivazione da parte del MMG - PLS

recapiti telef. : Camerino sede 0737 -639309 fax 0737639271 Matelica – San Severino 0737 – 781477 e fax
e-mail: zt10.curedomiciliari@sanita.marche.it

Al Direttore del Distretto di _____

SEZIONE A - DATI ANAGRAFICI (SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO MAIUSCOLO)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="M"/> <input type="text" value="F"/>
COGNOME	NOME	SESSO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	COD. SANIT.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COMUNE RESIDENZA	VIA	N° CIV.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PERSONA DI RIFERIMENTO	N° TEL. PERSONA RIFERIMENTO	N° TEL. ASSIST.

Necessita di: **Assistenza Domiciliare integrata** **Assistenza Infermierist. Domiciliare**
Assistenza Domiciliare Programmata _____

SEZIONE B - AUTOSUFFICIENZA

persona non autosufficiente	Temporaneamente	ADL	
persona parzialmente autosufficiente		IADL	
persona con limitazione lieve dell'autosufficienza	Permanentemente	SPMSQ	
persona autosufficiente ma in situaz. di rischio socio-sanitario		FIM	

SEZIONE C - IMPOSSIBILITA' A DEAMBULARE (ADP)

Impossibilità permanente a deambulare	Gruppi patologie
Impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni a causa di: non autosufficienza abitazione in piano alto e senza ascensore altro (Specificare):	Malatt. del sist. cardiovascolare
	Malatt. del sist respiratorio
	Malatt. neoplastiche
Impossibilità a deambulare per gravi patologie che necessitano di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico (specificare):	Malatt. Neurologiche/demenze
	Malatt. Del sist. Musc.schelet.
	Altre malattie

Il Paz. presenta la seguente situazione socio-sanitaria (sez.D) e pertanto necessita delle seguenti prestazioni (sez. E/F)

SEZIONE D - DIAGNOSI DETTAGLIATA E SINTESI DEI PROBLEMI SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI

SEZIONE E - PRESTAZIONI SANITARIE						SEZIONE F - PRESTAZIONI SOCIO - ASSISTENZIALI					
	Data di inizio			Durata presunta			Data di inizio			Durata presunta	
	g	m	a	g	m						
assistenza medico generica						assistenza sociale e Segretariato sociale					
X assistenza infermieristica domiciliare:											
assistenza medico-specialistica domiciliare (specificare):						assistenza domestica (SAD)					
assist. riabilitat. e di recup. funz. a domicilio						assistenza abitativa (compresa quella rivolta alla eliminazione delle barriere architettoniche)					
servizio di telesoccorso telecontrollo						assistenza economica					
fornitura di ausili per incontinenza e/o presidi sanitari						altro (specificare):					
assistenza OSA per:						altro (specificare):					

SEZIONE G - RILENAZIONE DEL DOLORE

DOLORE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
assenza di dolore										massimo dolore	
Sede _____											
											NRS <input type="checkbox"/>
											PAINAD <input type="checkbox"/>
											Flacc <input type="checkbox"/>
											Wong-Baker <input type="checkbox"/>

Ritengo necessario recarmi a visitarlo al suo domicilio con cadenza:

SEZIONE H - CADENZA DEGLI ACCESSI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

ogni ____ giorni	settimanale	quindicinale	mensile
------------------	-------------	--------------	---------

Successive eventuali variazioni:

ogni ____ giorni	settimanale	quindicinale	mensile	data
ogni ____ giorni	settimanale	quindicinale	mensile	

Data	Timbro, codice regionale e firma del medico
Presentata al Distretto il	