



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: z110.curedomiciliari@sanita.marche.it

Al Direttore del Distretto di _____

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

		M F
COGNOME	NOME	SESSO
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	COD. SANIT.
COMUNE RESIDENZA	VIA	N° CIV.
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)

	Gruppi patologie
Impossibilità permanente a deambulare	
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
Impossibilità a deambulare per gravi patologie che necessitano di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico (specificare):	Malatt. neoplastiche
	Malatt. Neurologiche/demenze
	Malatt. Del sist. Musc.schelet.
	Altre malattie

Il Paz. presenta la seguente situazione socio-sanitaria (sez.B) 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 - RILEVAZIONE DEL DOLORE

DOLORE 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

assenza di dolore massimo dolore

Sede _____

NRS
PAINAD
Flacc
Wong-Baker

Ritengo necessario recarmi a visitarlo al suo domicilio con cadenza:

SEZIONE II - 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 II	

ALLEGATO A

Da compilare da parte del medico curante

Si certifica che il richiedente Sig./ra

in considerazione delle patologie attualmente presenti

E' IN GRADO

NON E' IN GRADO

barrare con un x l'opzione pertinente

di uscire in maniera autonoma dalla, Casa di Riposo "E. MATTEI".

Il, _____

TIMBRO E FIRMA
MEDICO CURANTE

RELAZIONE MEDICA DETTAGLIATA

TERAPIA IN CORSO

*FIRMA E TIMBRO
MEDICO CURANTE*