

## SCHEDA DI SEGNALAZIONE PER INSERIMENTO ALLE CURE DOMICILIARI

Distretto di: \_\_\_\_\_

Cognome _____	Nome _____	Luogo di nascita _____
Data di nascita _____	Domicilio Via _____	Città _____
Tel. _____	In Urgenza Contattare _____	Tel : _____
Medico Curante _____	Codice Fiscale Paz.	

Il sanitario proponente della richiesta di inserimento al trattamento alle cure domiciliari ha ritenuto idoneo il suddetto paziente, secondo i criteri di eleggibilità delle

Linee Guide Regionali - Delibera N.° 862 del 10/06/2008

MALATTIE ONCOLOGICHE - TERMINALI       ACCIDENTI VASCOLARI ACUTI  
 GRAVI FRATTURE NEGLI ANZIANI       RIABILITAZIONE DA VASCULOPATIE  
 MALATTIE ACUTE TEMPORANEAM. INVALIDANTI       ALTRO \_\_\_\_\_

**SEGNALAZIONE ORDINARIA**

**DIMISSIONE PROTETTA**

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

Il/la sottoscritto/a **DICHIARA** di essere stato/a informato/a esaurientemente dal dott. \_\_\_\_\_

sul tipo di trattamento domiciliare con interventi multidisciplinari e di acconsentire a tale trattamento.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### MEDICO PROPONENTE

MEDICO DI MEDICINA GENERALE	MEDICO OSPEDALIERO	MEDICO SPECIALISTA TERRITORIALE
Cognome _____		
Nome _____	Unità Operativa _____	
Tel. Amb. _____		
Cellulare _____		
Timbro e Firma	Timbro e Firma	Timbro e Firma

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_

**DATI DI INTERESSE SOCIO - SANITARIO**

**STATO CIVILE**     CONIUGATO / A     VEDOVO / A     CELIBE / NUBILE     SEPARATO / A

**CONVIVENZA**     SOLO / A     CON IL CONIUGE     CON I FIGLI     CON ALTRI

**DISTURBI COGNITIVI**     LIEVI O ASSENTI     MODERATI     GRAVI

**DIST. COMPORTAMENTALI**     LIEVI O ASSENTI     MODERATI     GRAVI

**AUTONOMIA**     AUTONOMO     PARZIALMENTE DIPENDENTE     TOTALMENTE DIPENDENTE

**GRADO DI MOBILITA'**     SI SPOSTA DA SOLO O CON AUSILI     SI SPOSTA ASSISTITO     NON SI SPOSTA - ALLETTATO

NUMERO CONVIVENTI NUCLEO FAMILIARE     ASSISTENTE NON FAMILIARE CONVIVENTE     SI     NO    SUPPORTO SOCIALE     SI     Parz.     NO

**AUTOSUFFICIENZA :** MANGIARE     SI     NO    VESTIRSI     SI     NO    IGIENE PERSONALE     SI     NO    CONTINENZA     SI     NO

**ISTRUZIONE**     ANALFABETA     LIC. ELEMENTARE     LIC. MEDIA     DIPLOMA SUP. / LAUREA

**PENSIONE**    TIPO \_\_\_\_\_    ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO     SI     NO

**Anamnesi patologica recente** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Diagnosi** \_\_\_\_\_  
**Diagnosi Concomitante** \_\_\_\_\_

Paziente è portatore di :	Trattamento farmacologico in atto:
Catetere Vescicale ..... <input type="checkbox"/> Tracheotomia ..... <input type="checkbox"/>	_____
C. V.C. - Picc - Meline - Port <input type="checkbox"/> Urostomia ..... <input type="checkbox"/>	_____
S.N.G. - Peg ..... <input type="checkbox"/> Enterostomia ..... <input type="checkbox"/>	_____
Ossigeno Terapia ..... <input type="checkbox"/> Altro _____	_____
	Numero Accessi Domiciliari MMG <input type="text"/>

E' IN TRATTAMENTO DOMICILIARE CON ALTRA STRUTTURA CONVENZIONATA?     SI     NO

E' IN TRATTAMENTO DOMICILIARE INTEGRATO - COMUNE ?     SI     NO

UTILIZZA O SONO STATI PRESCRITTI AUSILI E/O PROTESICI ?     SI     NO

Quali ?  Pannoloni     Traverse     Cateteri Vescicale     Materasso Antidecubito     Letto articolato     Carrozzina     Deambulatore     Altro



**U.O.S.D. COORDINAMENTO ATTIVITA' DOMICILIARI E PALLIATIVE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_

**DIARIO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE**  
Accessi domiciliari del Medico di Medicina Generale

DATA	ORA	Annotazioni	FIRMA