



ANCONA

U. O. CURE PRIMARIE, DOMICILIARI E RESIDENZIALI

Attivazione sistema delle cure domiciliari

SEGNALAZIONE / PROPOSTA DI ATTIVAZIONE DA PARTE DEL MEDICO DI MED. GEN./PLS

SEZIONE A - DATI ANAGRAFICI

<input type="text"/> COGNOME	<input type="text"/> NOME	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> SESSO
<input type="text"/> DATA DI NASCITA	<input type="text"/> COMUNE DI NASCITA	<input type="text"/> COD. SANIT.
<input type="text"/> COMUNE DI RESIDENZA	<input type="text"/> VIA	<input type="text"/> N° CIVICO
<input type="text"/> PERSONA DI RIFERIMENTO	<input type="text"/> N° TELEF. PERSONA DI RIFERIMENTO	<input type="text"/> N° TEL. ASSIST
<input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> non dichiarat. <input type="checkbox"/> coniugato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> separato/a <input type="checkbox"/> divorziato/a	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> non presente Indicare "presente" solo se convive 24 h	<input type="checkbox"/> Escluso assistito e assistente convivente
STATO CIVILE	ASSISTENTE <u>NON FAMILIARE</u>	N° NUCLEO FAMIL.

necessita di: Assistenza Domiciliare Integrata Assistenza Infermierist. Domiciliare
 Assistenza Domiciliare Programmata altro _____

SEZIONE B - AUTOSUFFICIENZA (ADI)

<input type="checkbox"/> persona non autosufficiente	<input type="checkbox"/> temporaneamente	Punteggio scale VMD	
<input type="checkbox"/> persona parzialmente autosufficiente		ADL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> persona con limitazione lieve dell'autosufficienza	<input type="checkbox"/> permanentemente	IADL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> persona autosufficiente ma in situaz. di rischio socio-sanitario		MMSE	<input type="text"/>
<input type="text"/>			

SEZIONE C - IMPOSSIBILITA' A DEAMBULARE (ADP, ASSIST. INFERMIERIST. DOMICILIARE) - PATOLOGIE (ADI, ADP)

<input type="checkbox"/>	Impossibilità permanente a deambulare	Gruppo patologie	Cod. ICD-9-CM
<input type="checkbox"/>	Impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni a causa di <input type="checkbox"/> Non autosufficienza <input type="checkbox"/> Abitaz. in piano alto e senza ascensore <input type="checkbox"/> Altro (specificare) :	<input type="checkbox"/> Malatt. del sist. cardiovascolare	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Malatt. del sist. respiratorio	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Malatt. neoplastiche	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Impossibilità a deambulare per gravi patologie che necessitano di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico (specificare) :	<input type="checkbox"/> Malatt. neurologiche / demenze	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Malatt. del sist. musc.-scheletr.	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Altre malattie	<input type="text"/>

Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona

Sede Legale: Viale Cristoforo Colombo 106 - 60127 Ancona
C.F. e P.IVA 02938930423

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

SEZIONE D - PROBLEMI SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI

D.1 – diagnosi e problemi sanitari attivi			
D.2 – problemi socio-assistenziali	<input type="checkbox"/> legati ai carichi assistenziali	<input type="checkbox"/> legati a risorse socio-assist.	<input type="checkbox"/> legati a risorse economiche
D.3 – sintesi dei problemi sanitari e socio-assistenziali			

SEZIONE E - PRESTAZIONI SANITARIE				SEZIONE F - PRESTAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI							
	Data di inizio			Durata presunt			Data di inizio			Durata presunt	
	g	m	a	g	m		g	m	a	g	m
<input type="checkbox"/> assistenza medico generica						<input type="checkbox"/> assistenza domestica (S.A.D.)					
<input type="checkbox"/> assistenza infermieristica domiciliare (specificare) :						<input type="checkbox"/> assistenza abitativa (compresa quella rivolta alla eliminazione delle barriere architettoniche)					
<input type="checkbox"/> visita medico-specialistica domiciliare (specificare) :						<input type="checkbox"/> assistenza sociale e segretariato sociale					
<input type="checkbox"/> assist. riabilitativa e di recupero funzionale a domicilio						<input type="checkbox"/> assistenza economica					
<input type="checkbox"/> servizio di teleoccorso-telecontrollo						<input type="checkbox"/> altro (specificare):					
<input type="checkbox"/> fornitura di ausili per incontinenza e/o presidi sanitari											
<input type="checkbox"/> assist. OSS per :											

Ritengo necessario recarmi a visitarlo al suo domicilio con cadenza :

SEZIONE G - CADENZA DEGLI ACCESSI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

<input type="checkbox"/> ogni giorni	<input type="checkbox"/> settimanale	<input type="checkbox"/> quindicinale	<input type="checkbox"/> mensile
successive eventuali variazioni :			data
<input type="checkbox"/> ogni giorni	<input type="checkbox"/> settimanale	<input type="checkbox"/> quindicinale	<input type="checkbox"/> mensile
<input type="checkbox"/> ogni giorni	<input type="checkbox"/> settimanale	<input type="checkbox"/> quindicinale	<input type="checkbox"/> mensile
data		timbro, codice regionale e firma del medico	
presentata al Distretto il _____ e approvata il _____		timbro e firma del coordinatore dell' U.V.D. / U.V.I.	

Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona

Sede Legale: Viale Cristoforo Colombo 106 - 60127 Ancona
C.F. e P.IVA 02938930423