

**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
- Residenza Socio-Sanitaria per Disabili
- Residenza Socio-Sanitaria Anziani
- Residenza Socio-Sanitaria Medicalizzata
- Casa Protetta
- Servizio Ambulatoriale di Riabilitazione Estensiva
- Servizio Semiresidenziale di Riabilitazione Estensiva
- Servizio Residenziale di Riabilitazione Estensiva
- RRF codice 56 (Intensiva)
- Lungodegenza codice 60

Altri servizi residenziali (specificare)

\_\_\_\_\_

Deficit della deambulazione (specificare)

---

Impossibilità ad accedere in ambulatorio pur senza deficit della deambulazione (specificare)

---

---

non autosufficienza

presenza di gravi patologie che necessitano o 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 cognitivo**

- lucido
- confuso
- molto confuso o stuporoso
- problemi comportamentali prevalenti

**Profilo mobilità**

- si sposta da solo
- si sposta assistito
- non si sposta

**Profilo funzionale**

- autonomo o quasi
- dipendente
- totalmente dipendente

**Profilo sanitario**

- bassa
- intermedia
- elevata

**Profilo sociale**

- ben assistito
- parzialmente assistito
- non sufficientemente assistito

**Programma proposto dal Medico proponente**

Accessi MMG/PLS:  SI  NO

Periodicità:  giornaliero  mensile  quindicinale  settimanale

Accessi infermiere:  SI  NO

Periodicità:  giornaliero  mensile  quindicinale  settimanale

Accessi fisioterapista:  SI  NO

Periodicità:  giornaliero  mensile  quindicinale  settimanale

Accessi operatore sociale:  SI  NO

Periodicità:  giornaliero  mensile  quindicinale  settimanale

Accessi specialista (specificare \_\_\_\_\_):  SI  NO

Periodicità:  giornaliero  mensile  quindicinale  settimanale

Accessi specialista 2 (specificare \_\_\_\_\_):  SI  NO

Periodicità:  giornaliero  mensile  quindicinale  settimanale

Accessi psicologi (specificare \_\_\_\_\_):  SI  NO

Periodicità:  giornaliero  mensile  quindicinale  settimanale

Accessi altri operatori (specificare \_\_\_\_\_):  SI  NO

Periodicità:  giornaliero  mensile  quindicinale  settimanale

Data presunta dell'intervento (indicare il numero dei giorni effettivi |\_|\_|\_|\_|\_|)

**Obiettivi dell'intervento** (sintetica descrizione dei risultati attesi):

---



---



---



---

Data: |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

Timbro e Firma del Medico