SCHEDA DI PROPOSTA PER L'ACCESSO AI SERVIZI TERRITORIALI

REGIONE CALABRIA – ASP |_|_|_|

Scheda di proposta di accesso ai servizi territoriali
(parte generale da compilare dal richiedente/familiare o persona autorizzata)

Al **PUA**

Comune di_____

Ambito distrettuale_____

Il/La Richiedente

Nome_____ Cognome _____ Sesso: M ❑ F ❑

Nato/a a _____ ____ (Prov._____) il _____

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Residente in_____

Cap._____ Via_____N|_|_|_|_|

Domiciliato (se diverso dalla residenza) in

Via _____N. |_|_|_|_| Tel./ cell. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Stato civile: ❑ coniugato ❑ separato ❑ divorziato ❑ vedovo ❑ celibe/nubile

Convivenza: ❑ solo ❑ con figli ❑ con coniuge ❑ con parenti ❑ con altri ❑ con coniuge e figli

Abitazione: ❑ di proprietà ❑ in affitto al piano n°____ (solo se l'abitazione è priva di ascensore)

Parte da compilare in caso di istanza richiesta dal rappresentante legale (genitore,tutore, curatore, amministratore di sostegno,etc..) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 DPR 445/2000):

Nome_____ Cognome _____

Residente in_____ Via _____N. |_|_|_|_|

Tel./ cell. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

❑ *rappresentante legale del richiedente (specificare)* _____

❑ *persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela)* _____

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
- ❑ Cure Domiciliari Prestazionali Cicliche
- ❑ Assistenza Domiciliare Programmata
- ❑ Servizio Assistenziale Semiresidenziale
- ❑ Servizio Assistenziale Residenziale

Altri servizi territoriali
(specificare)_____-

Natura del bisogno:

- ❑ sociale
- ❑ medico di base
- ❑ medico specialistico
- ❑ infermieristico
- ❑ riabilitativo
- ❑ psicologico
- ❑ Altro _____

Informazioni sul Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera scelta del richiedente

Nome_____ Cognome _____

Studio medico in_____ Via _____N. |_|_|_|_|

Tel./ cell. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Luogo e Data _____ Firma _____

Consenso informato

Si **autorizza** il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs 196/2003 SI ❑ NO ❑

Luogo e Data _____ Firma _____

REGIONE CALABRIA – ASP |_|_|_|

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
❑ Cure Domiciliari Prestazionali Cicliche
❑ Assistenza Domiciliare Programmata
❑ Servizio Assistenziale Semiresidenziale
❑ Servizio Assistenziale Residenziale

Altri servizi territoriali
(specificare)_____-

Motivo della richiesta

❑ **deficit della deambulazione** (specificare)_____
_____

❑ **impossibilità ad accedere in ambulatorio pur senza deficit della deambulazione** (specificare)
_____
_____

❑ **non autosufficienza**

❑ **presenza di gravi patologie che necessitano 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 DELL'AUTONOMIA

Profilo cognitivo

- ❑ Lucido
- ❑ Confuso
- ❑ Molto confuso
- ❑ Problemi comportamentali

Profilo mobilità

- ❑ Si sposta da solo con ausili
- ❑ Si sposta assistito
- ❑ Allettato

Profilo funzionale

- ❑ Dipendente
- ❑ Totalmente dipendente

Profilo sanitario

- ❑ Ass.bassa
- ❑ Ass.media
- ❑ Ass.elevata

Profilo sociale

- ❑ Ben assistito
- ❑ Parz. Assistito
- ❑ Non suff.assistito

PROPOSTA MEDICO MEDICINA GENERALE O PEDIATRA LS

Accesso MMG o PLS

- ❑ SI
- ❑ NO

Accesso INFERMIERE

- ❑ SI
- ❑ NO

Accesso FISIOTERAPISTA

- ❑ SI
- ❑ NO

Accesso OPERATORE SOCIO SANITARIO (a carico del COMUNE)

- ❑ SI
- ❑ NO

Accesso SPECIALISTA _____

- ❑ SI
- ❑ NO

Accesso altri operatori _____

- ❑ SI
- ❑ NO

Durata prevista dell'intervento _____

RISULTATI ATTESI

_____

_____

_____

DATA _____ FIRMA E TIMBRO con codice reg.

_____