

SCHEDA DI PROPOSTA PER L'ACCESSO AI SERVIZI TERRITORIALI

DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE N°3 "MEDIA VALLE CRATI"

REGIONE CALABRIA - ASP COSENZA

SCHEDA DI PROPOSTA DI ACCESSO AI SERVIZI TERRITORIALI
(PARTE GENERALE DA COMPILARE DAL RICHIEDENTE/FAMILIARE O PERSONA
AUTORIZZATA)

Sig. Sindaco

Comune di _____

Il/La richiedente

Nome _____ Cognome _____ Sesso M F

Nato/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 o 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 Cliniche
- ☐ Assistenza Domiciliare Programmata
- ☐ Assistenza Domiciliare 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 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 _____

DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE N°3 "MEDIA VALLE CRATI"

ASP COSENZA

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 _____ (Prov. _____) il _____

Codice fiscale _____ Residente in _____

Cap. _____ Via _____ N _____

Domiciliato (se diverso dalla residenza) in _____

Dati del medico proponente il servizio

Nome _____ Cognome _____

☐ Medico di Medicina Generale

☐ Pediatra di Libera Scelta

☐ Medico Specialista Ospedaliero

☐ Medico Specialista Territoriale

☐ Medico di Comunità 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 Cliniche
- ☐ Assistenza Domiciliare Programmata
- ☐ Assistenza Domiciliare 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 (oncologi 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 parentale;
- ☐ 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 funzionale

- ☐ Dipendente
- ☐ Totalmente dipendente

Profilo sanitario

- ☐ Ass. bassa
- ☐ Ass. media
- ☐ Ass. Elevata

Profilo mobilità

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

Profilo sociale

- ☐ Ben assistito
- ☐ Parz. Assistito
- ☐ Non suff. 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 specialista 1 (specificare _____); ☐ SI ☐ NO

Periodicità: ☐ giornaliero ☐ mensile ☐ quindicinale ☐ settimanale

Accessi specialista 2 (specificare _____); ☐ SI ☐ NO

Periodicità: ☐ giornaliero ☐ mensile ☐ quindicinale ☐ settimanale

Accessi psicologo (specificare _____); ☐ SI ☐ NO

Periodicità: ☐ giornaliero ☐ mensile ☐ quindicinale ☐ settimanale

Accessi operatori (specificare _____); ☐ SI ☐ NO

Periodicità: ☐ giornaliero ☐ mensile ☐ quindicinale ☐ settimanale

Durata presunta dell'intervento (indicare il numero dei giorni effettivi) _____

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

DATA

FIRMA E TIMBRO con codice reg.

CONSENSO INFORMATO

Si **autorizza** il trattamento dei dati ai sensi

Del D.LGS 196/2003 Si ☐ No ☐

Luogo e Data _____

Firma _____