



**Richiesta di attivazione di percorso residenziale, semiresidenziale, domiciliare per
persone non autosufficienti, anche anziane
e per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale**

Cognome _____ Nome _____ Sesso F M

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Indirizzo (residenza) _____

Indirizzo di domicilio (se diverso da quello di residenza) _____

Codice Fiscale _____ Telefono _____

Comune di Residenza _____ Municipio _____
(solo per Roma)

Persona di riferimento _____
(specificare se familiare o altro) Cognome Nome Recapito Telefonico

Diagnosi e descrizione problema principale

Altre condizioni cliniche:

- diabete cardiopatia insufficienza cardiaca malattie vascolari insufficienza respiratoria epatopatie non alcoliche
 epatopatie alcoliche esiti frattura femore esiti altre patologie ortopediche malattie osteomuscolari neoplasie esiti di ictus
 demenza altre malattie neurologiche disturbi sensoriali paralisi cerebrale infantile malattia psichiatrica disabilità intellettiva
 disturbo generalizzato dello sviluppo altro _____

Terapie in atto:

CONDIZIONI CLINICHE ATTUALI (dati di rilievo)

Stabilità clinica

Stabile Moderatamente instabile Instabile

Stato di coscienza

Orientato nello spazio nel tempo confuso soporoso stuporoso coma

Disturbi cognitivi

Assenti/lievi Moderati Gravi

Disturbi comportamentali

Assenti/Lievi Moderati Gravi

Dolore

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10 (0=assenza di dolore: 10=massimo dolore immaginabile)

Mobilità

Indipendente (anche con carrozzina) Cammina con l'aiuto di una persona Totalmente dipendente (allettato o carrozzina spinta da altri)

Alimentazione

Si alimenta autonomamente Necessità di assistenza per alimentarsi Rifiuta di alimentarsi

Situazione socio-ambientale

Vive: Solo Con coniuge Con figli Con genitori Con fratelli Altro _____

Assistito: Familiari Altre presenze (vicini, badante) _____

Paziente trasportabile: sì no

Necessità assistenziali

Chemio/Radioterapia Ossigenoterapia (OLT) Ventilazione meccanica assistita Drenaggi Broncoaspirazione/drenaggio posturale
 Dialisi Emotrasfusione periodica PEG NAD SNG

Catetere vescicale a permanenza a intermittenza catetere sovrapubico catetere venoso centrale Catetere peridurale

Tracheostomia Uretronefrostomia Ileostomia Colostomia Ulcere cutanee Riabilitazione Altro _____

Rilevata la necessità di un intervento del servizio sociale sì no

Percorso richiesto:

Residenziale Semiresidenziale Domiciliare

Il compilatore

MMG/PLS Medico Ospedaliero

Cognome _____ Nome _____

Recapito tel. _____ e-mail _____

Per medico ospedaliero anche: Ospedale _____ Unità Operativa _____

Timbro e Firma _____

Data, _____