

Richiesta di accesso ai servizi socio - sanitari territoriali

Scheda di valutazione medica

Assistito			
Cognome _____	Nome _____	nat_ il _____ / _____ / _____	
Domiciliato a _____	Via _____	Tel. _____	

Contesto della richiesta (specificare i problemi clinici e sociali che inducono la richiesta ed il bisogno assistenziale di massima)
.....
.....
.....
Condizione: <input type="checkbox"/> parzialmente non autosufficiente <input type="checkbox"/> non autosufficiente <input type="checkbox"/> allettato <input type="checkbox"/> altro _____

Patologie in atto e pregresse			
Data	Malattie o problemi	Trattamento	postumi

Trattamenti farmacologici in corso
.....
.....

Servizio Richiesto (individuare il Servizio che a parere del Medico potrebbe soddisfare i bisogni dell'assistito)			
<input type="checkbox"/> servizio socio assistenziale domiciliare	<input type="checkbox"/> cure domiciliari prestazionali	<input type="checkbox"/> cure domiciliari integrate	<input type="checkbox"/> assistenza domiciliare programmata
<input type="checkbox"/> assistenza residenziale	<input type="checkbox"/> cure domiciliari palliative	<input type="checkbox"/> assistenza riabilitativa	<input type="checkbox"/> altro (specificare) _____

Valutazione dei bisogni		
MOBILITA'	<input type="checkbox"/> cammina autonomamente	<input type="checkbox"/> cammina con ausilio
	<input type="checkbox"/> su carrozzina	<input type="checkbox"/> allettato
		<input type="checkbox"/> cammina con aiuto di altra persona

AREA COGNITIVA (<i>disturbi della memoria, orientamento, attenzione, comprensione</i>)	<input type="checkbox"/> assenti / lievi	<input type="checkbox"/> moderati	<input type="checkbox"/> gravi
DISTURBI COMPORTAMENTALI (<i>aggressività, violenza, fuga, ecc.</i>)	<input type="checkbox"/> assenti / lievi	<input type="checkbox"/> moderati	<input type="checkbox"/> gravi
CONTROLLO SFINTERICO	<input type="checkbox"/> controllo completo <input type="checkbox"/> incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/> portatore di Catetere <input type="checkbox"/> doppia incontinenza	<input type="checkbox"/> Presenza di stomia
ULCERE CUTANEE	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> I-II stadio (<i>sede</i>)..... <input type="checkbox"/> III-IV stadio (<i>sede</i>).....	
ALIMENTAZIONE	<input type="checkbox"/> indipendente <input type="checkbox"/> assistita	<input type="checkbox"/> enterale <i>tramite</i> <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> parenterale CVC	<input type="checkbox"/> PEG - PEJ <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
RESPIRAZIONE	<input type="checkbox"/> broncoaspirazione <input type="checkbox"/> ventiloterapia	<input type="checkbox"/> ossigenoterapia <input type="checkbox"/> tracheotomia	
RISCHIO INFETTIVO (<i>indica se l'assistenza è a rischio d'infezione</i>)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
PROCEDURE TERAPEUTICHE	<input type="checkbox"/> sottocute <input type="checkbox"/> gestione CVC	<input type="checkbox"/> intramuscolo <input type="checkbox"/> trasfusione	<input type="checkbox"/> intravena <input type="checkbox"/> controllo del dolore
TERMINALITA'	<input type="checkbox"/> oncologica <input type="checkbox"/> non oncologica		
DISABILITA'	<input type="checkbox"/> riabilitaz. neurologica	<input type="checkbox"/> riabilitaz. ortopedica	<input type="checkbox"/> riabil. di mantenimento
SITUAZIONE ABITATIVA DOMICILIARE	<input type="checkbox"/> alloggio idoneo	<input type="checkbox"/> manca di alcuni servizi	<input type="checkbox"/> barriere architettoniche
SUPPORTO DELLA FAMIGLIA E DELLA RETE INFORMALE	<input type="checkbox"/> presenza	<input type="checkbox"/> presenza parziale e/o temporanea	<input type="checkbox"/> assenza
EDUCAZIONE TERAPEUTICA	<input type="checkbox"/> si (<i>specificare</i>)..... <input type="checkbox"/> no		

Medico proponente

Cognome	Nome	Telefono
Sede di lavoro	e.mail	
<input type="checkbox"/> MMG	<input type="checkbox"/> PLS	<input type="checkbox"/> medico ospedaliero
<input type="checkbox"/> specialista territoriale	<input type="checkbox"/> medico di C.A.	<input type="checkbox"/> altro

Frequenza proposta delle visite programmate del medico di MG

<input type="checkbox"/> 1 v / settimana	<input type="checkbox"/> 1 v / 15 giorni	<input type="checkbox"/> 1 v / mese	<input type="checkbox"/> n..... v / settimana
--	--	-------------------------------------	---

Data _____

firma e timbro _____

Si autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.L. gs. n. 196/03.

Data _____

Firma _____