

**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 (INDICARE CON UNA X)**

**Profilo cognitivo**

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

**Profilo mobilità'**

- si sposta da solo
- si sposta assistito

**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 1 (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

Durata presunta dell'intervento (indicare il numero di giorni effettivi):

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

---

---

---

Data:

**Timbro e Firma del Medico**

---

