

**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 <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
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:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>CONDIZIONI CLINICHE ATTUALI</b> ( <i>dati di rilievo</i> )						
<b>Stabilità clinica</b>						
<input type="checkbox"/> Stabile		<input type="checkbox"/> Moderatamente instabile			<input type="checkbox"/> Instabile	
<b>Stato di coscienza</b>						
<input type="checkbox"/> Orientato		<input type="checkbox"/> nello spazio		<input type="checkbox"/> nel tempo		<input type="checkbox"/> confuso
<input type="checkbox"/> Assento/lievi		<input type="checkbox"/> Moderati		<input type="checkbox"/> Gravi		<input type="checkbox"/> soporoso
<input type="checkbox"/> Assento/Lievi		<input type="checkbox"/> Moderati		<input type="checkbox"/> Gravi		<input type="checkbox"/> stuporoso
<input type="checkbox"/> coma						
<b>Disturbi cognitivi</b>						
<b>Disturbi comportamentali</b>						
<b>Dolore</b> 0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10 (0=assenza di dolore; 10=massimo dolore immaginabile)						
<b>Mobilità</b>						
<input type="checkbox"/> Indipendente ( <i>anche con carrozzina</i> ) <input type="checkbox"/> Cammina con l'aiuto di una persona <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente ( <i>allettato o carrozzina spinta da altri</i> )						
<b>Alimentazione</b>						
<input type="checkbox"/> Si alimenta autonomamente		<input type="checkbox"/> Necessità di assistenza per alimentarsi			<input type="checkbox"/> Rifiuta di alimentarsi	
<b>Situazione socio-ambientale</b> <hr/> <hr/> <hr/>						

<b>Vive:</b>	<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Con coniuge	<input type="checkbox"/> Con figli	<input type="checkbox"/> Con genitori	<input type="checkbox"/> Con fratelli	<input type="checkbox"/> Altro
<b>Assistito:</b>	<input type="checkbox"/> Familiari <input type="checkbox"/> Altre presenze ( <i>vicini, badante</i> )					
<b>Paziente trasportabile:</b>	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no					

<b>Necessità assistenziali</b>						
<input type="checkbox"/> Chemio/Radioterapia <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia (OLT) <input type="checkbox"/> Ventilazione meccanica assistita <input type="checkbox"/> Drenaggi <input type="checkbox"/> Broncoaspirazione/drenaggio posturale						
<input type="checkbox"/> Dialisi <input type="checkbox"/> Emotrasfusione periodica <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> NAD <input type="checkbox"/> SNG						
<input type="checkbox"/> Catetere vescicale <input type="checkbox"/> a permanenza <input type="checkbox"/> a intermittenza <input type="checkbox"/> catetere sovrapubico <input type="checkbox"/> catetere venoso centrale <input type="checkbox"/> Catetere peridurale						
<input type="checkbox"/> Tracheostomia <input type="checkbox"/> Uretronefrostomia <input type="checkbox"/> Ileostomia <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Ulcere cutanee <input type="checkbox"/> Riabilitazione <input type="checkbox"/> Altro						
Rilevata la necessità di un intervento del servizio sociale <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no						

<b>Percorso richiesto:</b>	<input type="checkbox"/> Residenziale	<input type="checkbox"/> Semiresidenziale	<input type="checkbox"/> Domiciliare
<b>Il compilatore</b>			
<input type="checkbox"/> MMG/PLS		<input type="checkbox"/> Medico Ospedaliero	
Cognome		Nome	
Recapito tel.		e-mail	
Per medico ospedaliero anche: Ospedale		Unità Operativa	
<b>Timbro e Firma</b>			
Data,			