

azienda sanitaria locale
materà

REGIONE BASILICATA
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
U.O. ASSISTENZA DOMICILIARE
Resp.le : Dr.ssa M.M. FRANGIONE

SCHEMA DI SEGNALAZIONE PER INSERIMENTO ALLE CURE DOMICILIARI

Distretto di: _____

| | | |
|------------------------|-----------------------------|------------------------|
| Cognome _____ | Nome _____ | Data di nascita _____ |
| Luogo di Nascita _____ | Via _____ | Città _____ Tel. _____ |
| Medico curante _____ | In Urgenza Contattare _____ | |
| Codice Sanitario _____ | Codice fiscale | _____ |

Il sanitario proponente della richiesta di inserimento al trattamento alle cure domiciliari ha ritenuto idoneo il suddetto paziente, secondo criteri di eleggibilità delle Linee Guide Regionali - Delibera N.° 862 del 10/06/2008

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> MALATTIE TERMINALI ONCOLOGICHE | <input type="checkbox"/> ACCIDENTI VASCOLARI ACUTI |
| <input type="checkbox"/> GRAVI FRATTURE NEGLI ANZIANI | <input type="checkbox"/> RIABILITAZIONE A SEGUITO DI VASCULOPATIE |
| <input type="checkbox"/> MALATTIE ACUTE TEMPORAN.. INVALIDANTI | <input type="checkbox"/> ALTRO _____ |

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

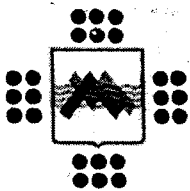
Il/la sottoscritto/a DICHIARA di essere stato/a informato/a esaurientemente dal dott. _____ sul tipo di trattamento domiciliare con interventi multidisciplinari e di acconsentire a tale trattamento.

Data ____ / ____ / ____

Firma _____

MEDICO PROPONENTE

| MEDICO DI MEDICINA GENERALE | MEDICO OSPEDALIERO | MEDICO DEL TERRITORIO |
|-----------------------------|--------------------------|---|
| Cognome _____ | Unità Operativa _____ | <input type="checkbox"/> Geriatria Territoriale |
| Nome _____ | | <input type="checkbox"/> Chirurgia Territoriale |
| Tel. Amb. _____ | | |
| Cellulare _____ | | |
| Timbro e Firma | Timbro e Firma | Timbro e Firma |



Cognome _____ Nome _____ Età _____ Sesso _____

DATI DI INTERESSE SOCIO - SANITARIO

STATO CIVILE CONIUGATO / A VEDOVO / A CELIBE / NUBILE SEPARATO / A

CONVIVENZA SOLO CON IL CONIUGE CON I FIGLI CON ALTRI

CAPACITA' DI MOVIMENTO CAMMINA AUTONOMAMENTE CAMMINA CON BASTONE O ALTRO SUPPORTO
 CAMMINA CON L'AIUTO DI ALTRA PERSONA SEDUTO SU CARROZZINA ALLETTATO

AUTOSUFFICIENZA : MANGIARE SI NO VESTIRSI SI NO IGIENE PERSONALE SI NO CONTINENZA SI NO

ABITAZIONE BARRIERE ARCHITETT. ASCENSORE BAGNO CON DOCCIA / VASCA RISCALDAMENTO TELEFONO

ISTRUZIONE ANALFAB. / NESSUN TITOLO DI STUDIO LIC. ELEMENTARE LIC. MEDIA DIPLOMA SUP / LAUREA

PENSIONE TIPO _____ ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO SI NO

PAZIENTE PORTATORE DI :

- CATETERE VENOSO CENTRALE
- CATETERE VENOSO PERIFERICO
- CATETERISMO VESCICALE
- TRACHEOSTOMIA
- UROSTOMIA.....
- ENTEROSTOMIA.....
- SOND. NASO-GASTRICO
- PEG
- OSSIGENO-TERAPIA

ALTRO _____

ANAMNESI PATOLOGICA RECENTE

NUMERO DI RICOVERI negli ultimi dodici mesi

È IN TRATTAMENTO DOMICILIARE CON ALTRA STRUTTURA CONVENZIONATA? SI NO

È IN TRATTAMENTO DOMICILIARE DI BASE - COMUNE ? SI NO

UTILIZZA AUSILI E/O PROTESICI Quali? _____
