



AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE FROSINONE

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

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 / ALI (dati di fine-co)

Stabilità clinica <input type="checkbox"/> Stabile <input type="checkbox"/> Moderatamente instabile <input type="checkbox"/> Instabile
Stato di coscienza Orientato <input type="checkbox"/> nello spazio <input type="checkbox"/> nel tempo <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Soporoso <input type="checkbox"/> Stuporoso <input type="checkbox"/> Coma
Disturbi cognitivi <input type="checkbox"/> Assenti/Lievi <input type="checkbox"/> Moderati <input type="checkbox"/> Gravi
Disturbi comportamentali <input type="checkbox"/> Assenti/Lievi <input type="checkbox"/> Moderati <input type="checkbox"/> Gravi
Dolore 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 (0 = assenza di dolore; 10 = massimo dolore immaginabile)
Mobilità <input type="checkbox"/> Indipendente (anche con carrozzina) <input type="checkbox"/> Cammina con l'aiuto di una persona <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente (allettato o carrozzina spinta da altri)
Alimentazione <input type="checkbox"/> Si alimenta autonomamente <input type="checkbox"/> Necessita di assistenza per alimentarsi <input type="checkbox"/> Rifiuta di alimentarsi
Supporto sociale Vive: <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
Assistito da: <input type="checkbox"/> Familiari <input type="checkbox"/> Altre persone (vicini, badante...)
Paziente trasportabile <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

NECESSITÀ ASSISTENZIALI

<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
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"/> altro		

Percorso richiesto:

residenziale semiresidenziale domiciliare

Data

Il compilatore	
<input type="checkbox"/> MMG/PLS	Cognome Nome
	Recapito tel. e-mail
<input type="checkbox"/> Medico ospedaliero	Cognome Nome
	Ospedale Unità Operativa
	Recapito tel. e-mail
Timbro e firma	