

ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA  
U.O.C. ADI DISTRETTO B

## SCHEDA DEGLI ACCESSI

Da compilarsi a cura della A.S.L.

ASSISTITO \_\_\_\_\_ NATO/A A- IL \_\_\_\_\_

RESIDENZA/DOMICILIO \_\_\_\_\_

COD. REGIONALE \_\_\_\_\_ MEDICO DI FIDUCIA \_\_\_\_\_

COD. MEDICO \_\_\_\_\_

CARATTERISTICHE DEL PAZIENTE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DURATA DEL PROGRAMMA (*non superiore ad un anno*) \_\_\_\_\_

INIZIO PROGRAMMA \_\_\_\_\_

PROROGA/ISCRIZIONE \_\_\_\_\_

ACCESSI CONCORDATI \_\_\_\_\_

(indicare settimanali/quindicinali/mensili)

VARIAZIONI \_\_\_\_\_

PERIODICITÀ DI VERIFICA COMUNE \_\_\_\_\_

Data:

Il Direttore UOC ADI

Dott. Marcello Russo