

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 _____	
Persona di riferimento _____		
(specificare se familiare o altro)	Cognome	Nome
		Recapito telefonico

Diagnosi e descrizione del problema principale _____

Altre condizioni cliniche
<input type="checkbox"/> diabete <input type="checkbox"/> cardiopatia <input type="checkbox"/> insufficienza cardiaca <input type="checkbox"/> malattie vascolari <input type="checkbox"/> insufficienza respiratoria <input type="checkbox"/> epatopatia non alcolica <input type="checkbox"/> epatopatia alcolica <input type="checkbox"/> esiti frattura femore <input type="checkbox"/> esiti altre patologie ortopediche <input type="checkbox"/> malattie osteomuscolari <input type="checkbox"/> neoplasie <input type="checkbox"/> esiti di ictus <input type="checkbox"/> demenza <input type="checkbox"/> altre malattie neurologiche <input type="checkbox"/> disturbi sensoriali <input type="checkbox"/> paralisi cerebrale infantile <input type="checkbox"/> malattia psichiatrica <input type="checkbox"/> disabilità intellettiva <input type="checkbox"/> disturbo generalizzato dello sviluppo <input type="checkbox"/> altro _____

Terapie in atto _____

Condizioni cliniche attuali (dati di rilievo)		
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		

Allegato 1: Da compilare ad integrazione del modulo di attivazione.

PERCORSO ASSISTENZIALE RICHIESTO	
ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) <input type="checkbox"/>	
Dimissioni Protette <input type="checkbox"/>	prevista per il _____
ADP (Assistenza Domiciliare Programmata)	
settimanale <input type="checkbox"/>	quindicinale <input type="checkbox"/>
	mensile <input type="checkbox"/>

RSA <input type="checkbox"/>	
Riabilitazione (ex art.26) in regime:	
Domiciliare <input type="checkbox"/>	Semiresidenziale <input type="checkbox"/>
	Residenziale <input type="checkbox"/>