

AL PUNTO UNICO DI ACCESSO

P. U. A.

del Distretto di _____

Il/la sottoscritto/a _____

Sede _____ tel. n. _____

Medico di Medicina generale

Pediatra di libera scelta

Medico Specialista Ambulatoriale

Medico Ospedaliero

Assistente Sociale

Familiare

Altro

PROPONE PER Il/la Signor /a

COGNOME _____ NOME _____

L'INSERIMENTO IN:

- ADI
- RSA (proposta su schede di Valutazione Multidimensionale)
- INSERIMENTO O TRATTAMENTO IN RIABILITAZIONE GLOBALE
 - o AMBULATORIALE
 - o DOMICILIARE
- INSERIMENTO IN RIABILITAZIONE GLOBALE A CICLO CONTINUATIVO
- INSERIMENTO IN RIABILITAZIONE SOCIO-SANITARIA
- INSERIMENTO IN STRUTTURE SOCIO-ASSISTENZIALI
- ASSISTENZA PROTESICA
- PROGETTO “RITORNARE A CASA”

Data _____

Timbro e firma proponente

SCHEDA DI ANALISI DELLA DOMANDA CLINICA:

proposta attivazione percorso socio-sanitario

L'ASSISTITO

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE IN _____ C.F. _____

VIA _____ N. _____ TEL. _____

Nominativo Medico Medicina Generale/Ospedaliero/Specialista Ambulatoriale _____

PATOLOGIE PREGRESSE: _____

DIAGNOSI _____

VALUTAZIONE FUNZIONALE _____

Condizione clinica stabile instabile

Stato cognitivo normale parzialmente deficitario inadeguato

Deambulazione autonoma assistita non deambulante

Menomazione prevalente _____

Condizione sociale: vive da solo coniuge età _____

Supporto familiare: adeguato inadeguato

Problematiche che ostacolano adeguata assistenza a domicilio: _

Provenienza Ospedale acuti RSA/ Lungodegenza Centro di riabilitazione

Residenza protetta Domicilio _____

Data _____

Timbro e firma del Sanitario

nota: la presente pagina è da compilare solo dal sanitario