Motivo della richiesta

deficit della deambulazione (specificare) _____

impossibilità ad accedere in ambulatorio pur senza deficit della deambulazione (specificare)

non autosufficienza

presenza di gravi patologie che necessitano di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico (specificare):

- malati terminali (oncologici e non);
- gravi fratture (in anziani);
- malattia vascolare acuta;
- insufficienza cardiaca in stato avanzato;
- insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale;
- grave artropatia degli arti inferiori in stato avanzato;
- arteriopatia obliterante degli arti inferiori con gravi limitazioni;
- cerebropatia e/o cerebroleso con forme gravi;
- paraplegico e/o tetraplegico;
- malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare);
- fasi avanzate e complicate di altre malattie croniche;
- pazienti con necessità di nutrizione artificiale parenterale;
- pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
- pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza.

dimissione protetta da Struttura Ospedaliera;

altro _____

DIAGNOSI DETTAGLIATA E SINTESI DEI PROBLEMI SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI

PROFILO DELL'AUTONOMIA

Profilo cognitivo

- Lucido
- Confuso
- Molto confuso
- Problemi comportamentali

Profilo mobilità

- Si sposta da solo con ausili
- Si sposta assistito
- Allettato

Profilo funzionale

- Dipendente
- Totalmente dipendente

Profilo sanitario

- Ass.bassa
- Ass.media
- Ass.elevata

Profilo sociale

- Ben assistito
- Parz. Assistito
- Non suff.assistito

Programma proposto dal Medico proponente

Accessi MMG/PLS: SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi infermiere SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi fisioterapista SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi specialista 1 (specificare _____); SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi specialista 2 (specificare _____); SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi psicologo (specificare _____); SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi altri operatori (specificare _____); SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Durata presunta dell'intervento (indicare il numero di giorni effettivi) _____

Obiettivi dell'intervento (sintetica descrizione dei risultati attesi):

DATA

FIRMA E TIMBRO con codice reg.
Medico Proponente