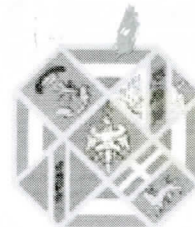


# ALLA AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI

Via del Terminillo, 42 - 02100 RIETI - Tel. 0746 2781

Codice Fiscale e Partita IVA 00821180577



DISTRETTO SANITARIO \_\_\_\_\_

Allegato n. 2

**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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (solo per Roma)
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 ATTUALI (dati di rilievo)**

<b>Stabilità clinica</b> <input type="checkbox"/> Stabile <input type="checkbox"/> Moderatamente instabile <input type="checkbox"/> Instabile
<b>Stato di coscienza</b> 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
<b>Disturbi cognitivi</b> <input type="checkbox"/> Assenti/Lievi <input type="checkbox"/> Moderati <input type="checkbox"/> Gravi
<b>Disturbi comportamentali</b> <input type="checkbox"/> Assenti/Lievi <input type="checkbox"/> Moderati <input type="checkbox"/> Gravi
<b>Dolore</b> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   (0=assenza di dolore; 10=massimo dolore immaginabile)
<b>Mobilità</b> <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)
<b>Alimentazione</b> <input type="checkbox"/> Si alimenta autonomamente <input type="checkbox"/> Necessita di assistenza per alimentarsi <input type="checkbox"/> Rifiuta di alimentarsi
<b>Supporto sociale</b> _____

**Vive:**  Solo  Con coniuge  Con figli  Con genitori  Con fratelli  Altro \_\_\_\_\_

**Assistito da:**  Familiari  Altre persone (vicini, badante,...) \_\_\_\_\_

**Paziente trasportabile**  si  no

**Necessità assistenziali**

Chemio/radioterapia       Ossigenoterapia (OLT)       Ventilazione meccanica assistita       Drenaggi

Broncoaspirazione/drenaggio posturale       Dialisi       Emotrasfusione periodica       PEG       NAD       SNG

Catetere vescicale  a permanenza       a intermittenza       Catetere sovrapubico       Catetere Venoso Centrale       Catetere peridurale

Tracheostomia       Uretronefrostomia       Ileostomia       Colostomia       Ulcere cutanee

Altro \_\_\_\_\_

**Percorso richiesto:**

residenziale

semiresidenziale

domiciliare

Data \_\_\_\_\_

**Il compilatore**

**MMG/PLS**      Cognome \_\_\_\_\_      Nome \_\_\_\_\_  
 Recapito tel \_\_\_\_\_      e-mail \_\_\_\_\_

**Medico ospedaliero**      Cognome \_\_\_\_\_      Nome \_\_\_\_\_  
 Ospedale \_\_\_\_\_      Unità Operativa \_\_\_\_\_  
 Recapito tel \_\_\_\_\_      e-mail \_\_\_\_\_

**Timbro e Firma** \_\_\_\_\_