

SCHEDE DI VALUTAZIONE TARATE SUL MALATO ONCOLOGICO

A.D.L.
(Index of Indipendence in Activities of Daily Living)¹

	punteggio	
(AD1) FARE IL BAGNO	1	<input type="checkbox"/> 1) - NON RICEVE ALCUNA ASSISTENZA (entra ed esce dalla vasca autonomamente, nel caso che la vasca sia il mezzo abituale per fare il bagno) <input type="checkbox"/> 2) - RICEVE ASSISTENZA NEL LAVARE SOLO UNA PARTE DEL CORPO (Es. la schiena o una gamba)
	0	<input type="checkbox"/> 3) - RICEVE ASSISTENZA NEL LAVARE PIU' DI UNA PARTE DEL CORPO (O RIMANE NON LAVATO)
(AD2) VESTIRSI	1	<input type="checkbox"/> 1) - PRENDE GLI ABITI E SI VESTE COMPLETAMENTE SENZA ASSISTENZA <input type="checkbox"/> 2) - PRENDE GLI ABITI E SI VESTE COMPLETAMENTE SENZA ASSISTENZA, TRANNE CHE PER ALLACCIARE LE SCARPE
	0	<input type="checkbox"/> 3) - RICEVE ASSISTENZA NEL PRENDERE GLI ABITI O NEL VESTIRSI OPPURE RIMANE PARZIALMENTE O COMPLETAMENTE SVESTITO
(AD3) USO DEI SERVIZI	1	<input type="checkbox"/> 1) - VA AI SERVIZI, SI PULISCE, SI RIVESTE SENZA ASSISTENZA (può usare supporti come il bastone o il deambulatore o la sedia a rotelle, è in grado di maneggiare la padella o la comoda vuotandola al mattino)
	0	<input type="checkbox"/> 2) - RICEVE ASSISTENZA NELL' ANDARE AI SERVIZI O NEL PULIRSI O NEL RIVESTIRSI O NELL'USARE LA PADELLA O LA COMODA <input type="checkbox"/> 3) - NON VA AI SERVIZI PER I BISOGNI CORPORALI
(AD4) SPOSTARSI	1	<input type="checkbox"/> 1) - ENTRA ED ESCE DAL LETTO COME PURE SI SIEDE E SI ALZA DALLA SEDIA SENZA ASSISTENZA (può usare supporti come il bastone o il deambulatore)
	0	<input type="checkbox"/> 2) - ENTRA ED ESCE DAL LETTO COME PURE SI SIEDE E SI ALZA DALLA SEDIA CON ASSISTENZA <input type="checkbox"/> 3) - NON SI ALZA DAL LETTO
(AD5) CONTINEN- ZA	1	<input type="checkbox"/> 1) - CONTROLLA COMPLETAMENTE DA SOLO LA MINZIONE O LA DEFECAZIONE
	0	<input type="checkbox"/> 2) - HA OCCASIONALI " INCIDENTI " <input type="checkbox"/> 3) - IL CONTROLLO DELLA MINZIONE O DELLA DEFECAZIONE E' CONDIZIONATA DALLA SORVEGLIANZA ; USA IL CATETERE O E' INCONTINENTE
(AD6) ALIMENTAR- SI	1	<input type="checkbox"/> 1) - SI ALIMENTA DA SOLO SENZA ASSISTENZA <input type="checkbox"/> 2) - SI ALIMENTA DA SOLO ECCETTO CHE NECESSITA DI ASSISTENZA PER TAGLIARE LA CARNE O PER SPALMARE IL BURRO SUL PANE
	0	<input type="checkbox"/> 3) - RICEVE ASSISTENZA NELL'ALIMENTARSI O VIENE ALIMENTATO PARZIALMENTE O COMPLETAMENTE PER SONDINO O PER VIA ENDOVENOSA

VALUTAZIONE NUMERICA**(AD-TOT) PUNTEGGIO TOTALE A.D.L. (range 0 - 6) : _____**

¹ S.Katz, T.D. Downs, H.R. Cash, R.C. Grotz : "Progress in development of the index of ADL". Gerontologist, 1, 20, 1970, modificata da L.Z. Rubenstein.

VALUTAZIONE DESCRITTIVA A.D.L.

A	INDIPENDENTE NELL'ALIMENTARSI, NELLA CONTINENZA, NELLO SPOSTARSI, NELL'USO DEI SERVIZI, NEL VESTIRSI E NEL FARE IL BAGNO
B	INDIPENDENTE IN TUTTE LE SUDDETTE FUNZIONI ECCETTO UNA
C	INDIPENDENTE IN TUTTE LE FUNZIONI ECCETTO CHE NEL FARE IL BAGNO ED IN UN'ALTRA FUNZIONE
D	INDIPENDENTE IN TUTTE LE FUNZIONI ECCETTO CHE NEL FARE IL BAGNO, NEL VESTIRSI ED IN UN'ALTRA FUNZIONE
E	INDIPENDENTE IN TUTTE LE FUNZIONI ECCETTO CHE NEL FARE IL BAGNO, NEL VESTIRSI, NELL'USO DEI SERVIZI ED IN UN'ALTRA FUNZIONE
F	INDIPENDENTE IN TUTTE LE FUNZIONI ECCETTO CHE NEL FARE IL BAGNO, NEL VESTIRSI, NELL'USO DEI SERVIZI, NELLO SPOSTARSI ED IN UN'ALTRA FUNZIONE
G	DIPENDENTE IN TUTTE LE SEI FUNZIONI
ALTRO	DIPENDENTE IN ALMENO DUE FUNZIONI MA NON CLASSIFICABILE COME C , D , E o F

I.A.D.L. (Instrumental Activities of Daily Living Scale)²		
	punti	
(IA1) A) CAPACITA' DI USARE IL TELEFONO	1	3 <input type="checkbox"/> USA IL TELEFONO DI PROPRIA INIZIATIVA, ALZA IL MICROFONO E COMPONE IL NUMERO 2 <input type="checkbox"/> COMPONE SOLO ALCUNI NUMERI BEN CONOSCIUTI 1 <input type="checkbox"/> E' IN GRADO DI RISPOND. AL TELEFONO, MA NON DI CHIAMARE
	0	0 <input type="checkbox"/> NON E' CAPACE DI USARE IL TELEFONO
(IA2) B) MOVIM. PER ACQUISTI NEI NEGOZI	1	3 <input type="checkbox"/> SI PRENDE AUTONOMAMENTE CURA DI TUTTE LE NECESSITA' DI ACQUISTI NEI NEGOZI
	0	2 <input type="checkbox"/> E' IN GRADO DI EFFETT. SOLO PICCOLI ACQUISTI NEI NEGOZI 1 <input type="checkbox"/> NECESSITA DI ESSERE ACCOMPAGNATO PER QUALSIASI GIRO DI ACQUISTI NEI NEGOZI 0 <input type="checkbox"/> E' DEL TUTTO INCAPACE DI FARE ACQUISTI NEI NEGOZI
(IA3) C) MEZZI DI TRASPORT.	1	4 <input type="checkbox"/> SI SPOSTA DA SOLO SUI MEZ. PUBBL. O GUIDA LA PROPRIA AUTO 3 <input type="checkbox"/> ORGANIZZA I PROPRI SPOSTAMENTI CON TAXI, MA NON USA I MEZZI PUBBLICI 2 <input type="checkbox"/> USA I MEZZI PUBBLICI SE ACCOMPAGNATO DA QUALCUNO
	0	1 <input type="checkbox"/> PUO' SPOSTARSI SOLTANTO CON TAXI O CON AUTO CON L' ASSISTENZA DI ALTRI 0 <input type="checkbox"/> NON SI SPOSTA PER NIENTE
(IA4) D) RESPONSA- BILITA' NELL'USO DI FARMACI	1	2 <input type="checkbox"/> E' IN GRADO DI ASSUMERE I MEDICINALI NELLE GIUSTE DOSI E AL TEMPO GIUSTO
	0	1 <input type="checkbox"/> E' IN GRADO DI ASSUMERE I MEDICINALI SE PREPARATI IN ANTICIPO IN DOSI SEPARATE 0 <input type="checkbox"/> NON E' IN GRADO DI ASSUMERE LE MEDICINE DA SOLO
(IA5) E) CAPACITA' DI GESTIRE IL DENARO	1	2 <input type="checkbox"/> GESTISCE LE OPERAZIONI FINANZIARIE INDIPENDENTEMENTE (bilanci, scrive assegni, paga affitti, conti, va in banca, raccoglie e tiene nota delle entrate) 1 <input type="checkbox"/> GESTISCE GLI ACQUISTI QUOTIDIANI, MA NECESSITA DI AIUTO PER LE OPERAZ. BANCARIE, GLI ACQUISTI MAGGIORI, ECC.
	0	0 <input type="checkbox"/> E' INCAPACE DI MANEGGIARE IL DENARO
(IA6) F) CUCINARE	1	<input type="checkbox"/> SI PREPARA E SI SERVE I PASTI DA SOLO
	0	<input type="checkbox"/> ASSUME CIBO INADEGUATO ANCHE SE PREPARATO DA SOLO O GLI DEVONO ESSERE FORNITI GLI INGREDIENTI
(IA7) G) ACCUD. LA CASA	1	<input type="checkbox"/> FA LAVORI LEGGERI DA SOLO ANCHE SE NON MANTIENE LA CASA PULITA O VA AIUTATO MA FA TUTTI I LAVORI
	0	<input type="checkbox"/> NON FA ALCUN LAVORO DOMESTICO
(IA8) H) BUCATO	1	<input type="checkbox"/> LAVA DA SOLO TUTTO O SOLO LA BIANCHERIA
	0	<input type="checkbox"/> TUTTO IL BUCATO E' FATTO DA ALTRI

(IA-TOT) PUNTEGGIO TOTALE I.A.D.L. (range 0 - 8) : _____

² M.P. Lawton, E.M. Brody : "Assessment of older people : self-maintaining and instrumental activities of daily living". Gerontologist, 9, 179, 1969, mod. da L.Z. Rubenstein.

TEST DI PFEIFFER
(SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE) (SPMSQ)

RISPONDE CORRETTAMENTE ALLE SEGUENTI DOMANDE ?

Scrivere **0** se la risposta è esatta ed **1** se errata

- (SP1) Qual è la data di oggi (giorno, mese, anno) []
- (SP2) Che giorno della settimana []
- (SP3) In quale luogo ci troviamo []
- (SP4) Qual è il suo numero di telefono []
- (SP4a) Qual è il suo indirizzo []
- (SP5) Quanti anni ha []
- (SP6) Quando è nato (giorno, mese, anno) []
- (SP7) Chi è il presidente della Repubblica (o il Papa) []
- (SP8) Chi era il presidente precedente []
- (SP9) Quale era il cognome di sua madre da ragazza []
- (SP10) Sottragga 3 da 20 e da ogni numero fino in fondo []

Porre le domande da 1 a 10 ;

chiedere la domanda 4a solo se il soggetto non ha telefono ;

sommare le risposte errate, sottraendo un errore se il soggetto ha frequentato fino alle scuole elementari e aggiungendo un errore se ha frequentato scuole oltre le medie superiori.

(SP-TOT) PUNTEGGIO TOTALE S.P.M.S.Q. (range 0 - 10) _____

VALUTAZIONE ASPETTI SENSORIALI ⁽³⁾ E DI COMUNICAZIONE

CAPACITA' VISIVA (anche se con occhiali) (far leggere al paziente il titolo di un giornale)	1 <input type="checkbox"/>	LETTURA RAPIDA SENZA ERRORI
	2 <input type="checkbox"/>	LETTURA LENTA CON ERRORI
	3 <input type="checkbox"/>	NON RIESCE A LEGGERE
CAPACITA' Uditiva (anche se con protesi acustica) (valutare l'ascolto e la ripetizione di frasi)	1 <input type="checkbox"/>	SENTE A VOCE NORMALE
	2 <input type="checkbox"/>	SENTE SOLO A VOCE ALTA
	3 <input type="checkbox"/>	NON SENTE AFFATTO
CAPACITA' DI COMUNICAZIONE (capacità verbale e non verbale di comunicare)	1 <input type="checkbox"/>	BUONA - NON HA DIFFICOLTA' A COMUNICARE/COMPRENDERE
	2 <input type="checkbox"/>	MEDIA - PRESENTA DIFFICOLTA' NEL COMUNICARE/COMPRENDERE
	3 <input type="checkbox"/>	NON E' IN GRADO DI COMUNICARE/COMPRENDERE

³ F. Fabris, 1989

RISORSE SOCIALI

SITUAZIONE FAMILIARE E DI INTEGRAZIONE SOCIALE		QUADRO A (QA)		QUADRO B (QB)	
SITUAZIONE FAMILIARE E DI INTEGRAZIONE SOCIALE		SITUAZIONE ASSISTENZIALE		SITUAZIONE ASSISTENZIALE	
(QA1) - CON CHI VIVE :	1 <input type="checkbox"/> SOLO	2 <input type="checkbox"/> CON IL CONIUG.	3 <input type="checkbox"/> CON I FIGLI	4 <input type="checkbox"/> CON ALTRI	
(QA2) - RAPPORTI CON I FAMILIARI :	grado di parentela		quotidiani	frequenti	saltuari
1)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
(QA2.a) ESISTENZA DI EVENTUALI SITUAZIONI CONFLITTUALI :					
(QA3) - RAPPORTI CON AMICI E VICINATO :	1 <input type="checkbox"/> OTTIMI	2 <input type="checkbox"/> BUONI	3 <input type="checkbox"/> SUFFIC.	4 <input type="checkbox"/> CARENTI	5 <input type="checkbox"/> CONFLITT.
(QA4) - COME TRASCORRE LA GIORNATA (attività prevalenti) :	1 <input type="checkbox"/> TV	2 <input type="checkbox"/> PICC. OCCUP. FAMILIARI	3 <input type="checkbox"/> HOBBIES	4 <input type="checkbox"/> CINEMA O TEATRO	5 <input type="checkbox"/> CIRCOLI O BAR
	6 <input type="checkbox"/> PARROC-CHIA	7 <input type="checkbox"/> LAVORI DOMEST.	8 <input type="checkbox"/> LETTO / POLTRONA	9 <input type="checkbox"/> ALTRO	10 <input type="checkbox"/>
CRITERI DI VALUTAZIONE PER LA SINTESI FINALE :					
<input type="checkbox"/> SITUAZIONE IDONEA : buon livello di accettazione familiare e sociale <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE IDONEA : - discreto livello di accettazione familiare e sociale - rapporti saltuari con il clan familiare e sociale <input type="checkbox"/> - rapporti saltuari con il clan familiare e sufficienti rapporti con la comunità. <input type="checkbox"/> NON IDONEA : conflittuali o inesistenti rapporti con il clan familiare e con la comunità.					
CRITERI DI VALUTAZIONE PER LA SINTESI FINALE :					
<input type="checkbox"/> SITUAZIONE IDONEA : convive con i familiari che lo curano - è seguito dai familiari con rapporti quotidiani o frequenti <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE IDONEA : ha assistenza saltuaria e/o insufficiente dei familiari/vicinato/volontariato <input type="checkbox"/> NON IDONEA : privo di assistenza dai parenti - rapporti con il vicinato e/o con il volontariato nulli					
(QB1) - TIPO DI SOSTEGNO IN ATTO	DA PARTE DI :		TIPOLOGIA :		FREQUENZA :
(indicare il soggetto che eroga l'intervento : familiari, comune, usl, volontariato, ecc.)					
(QB2) - SE HA BISOGNO DI AIUTO PUO' RICORRERE A :	1 <input type="checkbox"/> CONIUGE	1 <input type="checkbox"/> FIGLI	1 <input type="checkbox"/> PARENTI	1 <input type="checkbox"/> VICINI/AMICI	
			1 <input type="checkbox"/> VOLONTAR.	1 <input type="checkbox"/> PERSON. RETR.	
(QB3) - BISOGNI SOCIOASSISTENZIALI RILEVATI (specificare) :	<input type="checkbox"/> ASSIST. DOMICIL. DOMEST. (SAD) <input type="checkbox"/> SOLUZIONE ABITATIVA <input type="checkbox"/> PASTI A DOMICILIO <input type="checkbox"/> CONTRIBUTO ECONOMICO <input type="checkbox"/> SERVIZIO LAVANDERIA <input type="checkbox"/> SEGRETARIATO SOCIALE <input type="checkbox"/> TELECONTROLLO <input type="checkbox"/> ALTRO (SPECIFICARE) <input type="checkbox"/> COMPAGNIA <input type="checkbox"/> MENSA				

RISORSE ECONOMICHE

QUADRO C (QC) SITUAZIONE ABITATIVA			QUADRO D (QD) SITUAZIONE ECONOMICA		
(QC1) - TITOLO DI GODIMENTO DELL'ABITAZIONE	<input type="checkbox"/> 1 proprietà <input type="checkbox"/> 2 affitto mensile (€)	<input type="checkbox"/> 2 (canone di case)	<input type="checkbox"/> 3 altro (specificare)		
(QC2) - LOCALIZZAZIONE	<input type="checkbox"/> 1 casa isolata <input type="checkbox"/> 3 centro storico	<input type="checkbox"/> 2 gruppo di case <input type="checkbox"/> 4 periferia <input type="checkbox"/> 5 frazione			
(QC3) - SERVIZI DI TRASPORTO	<input type="checkbox"/> 1b accessibili <input type="checkbox"/> 1a sufficienti	<input type="checkbox"/> 2b non accessib. <input type="checkbox"/> 2a insufficienti			
(QD1) - REDDITO PERSONALE : (QD1a) - PENSIONI (QD1b) - ALTRI REDDITI (QD1c) - % INVALIDITA' (QD1d) - ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO					
(QD2) - REDDITO DEI PARENTI TENUTI PER LEGGE AGLI ALIMENTI (da compilarli solo se le prestazioni socio assistenziali sono condizionate da limiti di reddito) :					
	(a) Familiari (grado di parentela)	(b) n° componenti il nucleo	(c) convivente con l'anziano	(d) reddito complessivo del nucleo (ult. dichiar. redditi)	
1)			1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no		
2)			1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no		
3)			1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no		
4)			1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no		
5)			1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no		
6)			1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no		
7)			1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no		
8)			1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no		
CRITERI DI VALUTAZIONE RIFERITI AL REGOLAMENTO DELL'ENTE : 1) - Situazione economica dell'assistito <input type="checkbox"/> IDONEA : reddito netto superiore a £ _____ pro capite <input type="checkbox"/> PARZ. IDONEA : reddito netto da £ _____ a £ _____ pro capite <input type="checkbox"/> NON IDONEA : reddito netto inferiore a £ _____ pro capite					
2) - Situazione economica dei parenti dell'assistito <input type="checkbox"/> IDONEA : buona, in grado di contribuire <input type="checkbox"/> PARZ. IDONEA : sufficiente, in grado di contribuire parzialmente <input type="checkbox"/> NON IDONEA : insufficiente, non in grado di contribuire					
CRITERI DI VALUTAZIONE PER LA SINTESI FINALE : <input type="checkbox"/> SITUAZIONE IDONEA : sana, con tutti i comforts, priva di barriere architettoniche. <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE IDONEA : modesto degrado, riscaldamento parziale, barriere architettoniche facilmente eliminabili. <input type="checkbox"/> NON IDONEA : barriere architettoniche non eliminabili, alto degrado dell'ambiente					

FAC-SIMILE MODULISTICA REGIONE MARCHE PER VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE
 SINTESI DELLA VALUTAZIONE SOCIALE EFFETTUATA

<p>RISORSE SOCIALI :</p> <p>(QA-TOT) Quadro A</p> <p>1 <input type="checkbox"/> SITUAZIONE IDONEA 2 <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE IDONEA 3 <input type="checkbox"/> NON IDONEA</p>	<p>OSSERVAZIONI SULLA SITUAZIONE SOCIOECONOMICA ATTUALE DEL SOGGETTO E PROPOSTE ASSISTENZIALI</p>
<p>(QB-TOT) Quadro B</p> <p>1 <input type="checkbox"/> SITUAZIONE IDONEA 2 <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE IDONEA 3 <input type="checkbox"/> NON IDONEA</p>	
<p>RISORSE ECONOMICHE :</p> <p>(QC-TOT) Quadro C</p> <p>1 <input type="checkbox"/> SITUAZIONE IDONEA 2 <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE IDONEA 3 <input type="checkbox"/> NON IDONEA</p>	
<p>(QD-TOT) Quadro D</p> <p>1 <input type="checkbox"/> SITUAZIONE IDONEA 2 <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE IDONEA 3 <input type="checkbox"/> NON IDONEA</p>	<p>Firma e qualifica del compilatore</p>

REGIONE MARCHE - AZIENDA USL N. |_|_|

Attivazione sistema delle cure domiciliari

SEGNALAZIONE / PROPOSTA DI ATTIVAZIONE DA PARTE DEL MEDICO DI MED. GEN.

Al Direttore del Distretto

(si prega di scrivere in stampatello maiuscolo)

SEZIONE A - DATI ANAGRAFICI		
<input type="text"/> COGNOME	<input type="text"/> NOME	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> SESSO
<input type="text"/> DATA DI NASCITA	<input type="text"/> COMUNE DI NASCITA	<input type="text"/> COD. SANIT.
<input type="text"/> COMUNE DI RESIDENZA	<input type="text"/> VIA	<input type="text"/> N° CIVICO
<input type="text"/> PERSONA DI RIFERIMENTO	<input type="text"/> N° TELEF. PERSONA DI RIFERIMENTO	<input type="text"/> N° TEL. ASSIST

necessita di: Assistenza Domiciliare Integrata Assistenza Infermierist. Domiciliare
 Assistenza Domiciliare Programmata

SEZIONE B - AUTOSUFFICIENZA (ADI)			
<input type="checkbox"/> persona non autosufficiente	<input type="checkbox"/> temporaneamente <input type="checkbox"/> permanentemente	Punteggio scale VMD	
<input type="checkbox"/> persona parzialmente autosufficiente		ADL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> persona con limitazione lieve dell'autosufficienza		IADL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> persona autosufficiente ma in situaz. di rischio socio-sanitario		SPMSQ	<input type="text"/>
		FIM	<input type="text"/>

SEZIONE C - IMPOSSIBILITA' A DEAMBULARE (ADP) (ASSIST. INFERMIERIST. DOMICILIARE)		
<input type="checkbox"/>	Impossibilità permanente a deambulare	
<input type="checkbox"/>	Impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni a causa di	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Non autosufficienza	<input type="checkbox"/> Abitazione in piano alto e senza ascensore
	<input type="checkbox"/> Altro (specificare):	
<input type="checkbox"/>	Impossibilità a deambulare per gravi patologie che necessitino di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico (specificare):	

Il paz. presenta la seguente situazione socio-sanitaria (sez. D) e pertanto necessita delle seguenti prestazioni (sez. E/F) :

SEZIONE D - DIAGNOSI DETTAGLIATA E SINTESI DEI PROBLEMI SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI

SEZIONE E - PRESTAZIONI SANITARIE					SEZIONE F - PRESTAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI						
	Data di inizio			Durata presunt			Data di inizio			Durata presunt	
	g	m	a	g	m		g	m	a	g	m
<input type="checkbox"/> assistenza medico generica						<input type="checkbox"/> assistenza sociale e segretariato sociale					
<input type="checkbox"/> assistenza infermieristica domiciliare (specificare) :											
<input type="checkbox"/> visita medico-specialistica domiciliare (specificare) :						<input type="checkbox"/> assistenza domestica (S.A.D.)					
<input type="checkbox"/> assist. riabilitat. e di recup. funz. a domicilio						<input type="checkbox"/> assistenza abitativa (compresa quella rivolta alla eliminazione delle barriere architettoniche)					
<input type="checkbox"/> servizio di telesoccorso-telecontrollo						<input type="checkbox"/> assistenza economica					
<input type="checkbox"/> fornitura di ausili per incontinenza e/o presidi sanitari						<input type="checkbox"/> altro (specificare):					
<input type="checkbox"/> assist. OSA per :						<input type="checkbox"/> altro (specificare):					

Ritengo necessario recarmi a visitarlo al suo domicilio con cadenza :

SEZIONE G - CADENZA DEGLI ACCESSI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

<input type="checkbox"/> ogni giorni	<input type="checkbox"/> settimanale	<input type="checkbox"/> quindicinale	<input type="checkbox"/> mensile
--------------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------

successive eventuali variazioni :

<input type="checkbox"/> ogni giorni	<input type="checkbox"/> settimanale	<input type="checkbox"/> quindicinale	<input type="checkbox"/> mensile	data
<input type="checkbox"/> ogni giorni	<input type="checkbox"/> settimanale	<input type="checkbox"/> quindicinale	<input type="checkbox"/> mensile	

Data	timbro, codice regionale e firma del medico
------	---------------------------------------------

presentata al Distretto il _____ e approvata il _____	timbro e firma del coordinatore dell' U.V.D.
----------------------------------------------------------	----------------------------------------------