



## ATTIVAZIONE SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI

Segnalazione/proposta di attivazione da parte del MMG - PLS

recapiti telef. : Camerino sede 0737-639309 fax 0737639271 - Matelica tel. e fax 0737-7814277 - San Severino tel. e fax 0733-642265  
e -mail: [zt10.curedomiciliari@sanita.marche.it](mailto:zt10.curedomiciliari@sanita.marche.it)

Al Direttore del Distretto di \_\_\_\_\_

### SEZIONE A - DATI ANAGRAFICI (SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO MAIUSCOLO)

		M    F
COGNOME	NOME	SESSO
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	COD. SANIT.
COMUNE RESIDENZA	VIA	N° CIV.
PERSONA DI RIFERIMENTO	N° TEL. PERSONA RIFERIMENTO	N° TEL. ASSIST.

**Necessita di:**    **Assistenza Domiciliare integrata**                      **Assistenza Infermierist. Domiciliare**  
   **Assistenza Domiciliare Programmata**                      \_\_\_\_\_

### SEZIONE B - AUTOSUFFICIENZA

persona non autosufficiente	Temporaneamente	ADL	
persona parzialmente autosufficiente		IADL	
persona con limitazione lieve dell'autosufficienza	Permanentemente	SPMSQ	
persona autosufficiente ma in situaz. di rischio socio-sanitario		FIM	

### SEZIONE C - IMPOSSIBILITA' A DEAMBULARE (ADP)

	<b>Gruppi patologie</b>
Impossibilità permanente a deambulare	
Impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni a causa di: non autosufficienza                      abitazione in piano alto e senza ascensore altro ( Specificare):	Malatt. del sist. cardiovascolare
	Malatt. del sist respiratorio
	Malatt. neoplastiche
Impossibilità a deambulare per gravi patologie che necessitano di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico (specificare):	Malatt. Neurologiche/demenze
	Malatt. Del sist. Musc.schelet.
	Altre malattie

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 presunta			Data di inizio			Durata presunta	
	g	m	a	g	m						
assistenza medico generica						assistenza sociale e Segretariato sociale					
assistenza infermieristica domiciliare (specificare)											
assistenza medico-specialistica domiciliare (specificare):						assistenza domestica (SAD)					
assist. riabilitat. e di recup. funz. a domicilio						assistenza abitativa (compresa quella rivolta alla eliminazione delle barriere architettoniche)					
servizio di telesoccorso telecontrollo						assistenza economica					
fornitura di ausili per incontinenza e/o presidi sanitari						altro (specificare):					
assistenza OSA per:						altro (specificare):					

**SEZIONE G - RILENAZIONE DEL DOLORE**

<b>DOLORE</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>NRS</b> <input type="checkbox"/> <b>PAINAD</b> <input type="checkbox"/> <b>Flacc</b> <input type="checkbox"/> <b>Wong-Baker</b> <input type="checkbox"/>
	assenza di dolore					massimo dolore					
<b>Sede</b>	_____										

**Ritengo necessario recarmi a visitarlo al suo domicilio con cadenza:**

**SEZIONE H - CADENZA DEGLI ACCESSI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

ogni ____ giorni	settimanale	quindicinale	mensile
------------------	-------------	--------------	---------

**Successive eventuali variazioni:**

ogni ____ giorni	settimanale	quindicinale	mensile	data
ogni ____ giorni	settimanale	quindicinale	mensile	

Data	Timbro, codice regionale e firma del medico
Presentata al Distretto il	