

ATTIVAZIONE SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI

Segnalazione/proposta di attivazione da parte del MMG - PLS

Mail: cotssm.ast.mc@sanita.marche.it (tel 0733-631400)

Recapiti telefonici: CD sede Camerino 0737-639343; CD Matelica 0737-7814260 - CD sede San Severino Marche 0733-631261

Al Direttore del Distretto di Camerino

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

Cognome		Nome	
Data nascita		Comune nascita	
c. fiscale		Comune residenza	
Via e n. civico		telefono	
Persona di riferimento		telefono	

Necessita di: ☐ Assistenza Domiciliare integrata ☐ Assistenza Infermieristica Domiciliare
☐ Assistenza Domiciliare Programmata ☐ _____

SEZIONE B - DIAGNOSI DETTAGLIATA

Patologia prevalente	
Codice ICD9	descrizione
Patologie concomitanti	
Codice ICD9	descrizione

SEZIONE C - DATI SOCIO DEMOGRAFICI

Stato Civile		N. Componenti nucleo familiare (eccetto l'utente)	
Assistente familiare	☐ si ☐ no	Supporto sociale	☐ presente ☐ parzialmente presente ☐ non presente
Rischio idrogeologico (abita al piano terra)	☐ si ☐ no		
Autosufficienza	☐ autonomo ☐ parzialmente dipendente ☐ totalmente dipendente	Grado di mobilità	☐ si sposta da solo o con ausili ☐ si sposta con assistenza ☐ non si sposta
Disturbi cognitivi	☐ assenti/lievi ☐ moderati ☐ gravi	Disturbi comportamentali	☐ assenti/lievi ☐ moderati ☐ gravi

Il Paz. presenta necessita delle seguenti prestazioni (sez. D/F)

SEZIONE D - PRESTAZIONI SANITARIE		SEZIONE F - PRESTAZIONI SOCIO - ASSISTENZIALI				
		g	m	a	g	m
☐	assistenza medico generica					
☐	assistenza infermieristica domiciliare					
☐	assistenza medico-specialistica domiciliare (specificare):	☐ assistenza domestica (SAD)				
☐	assist. riabilitativa e di recupero funzionale a domicilio	☐ assistenza abitativa (compresa quella rivolta alla eliminazione delle barriere architettoniche)				
☐	servizio di telesoccorso o telecontrollo	☐ assistenza economica				
☐	fornitura di ausili per incontinenza e/o presidi sanitari	☐ assistenza sociale e Segretariato sociale				
☐	assistenza OSA per:	☐ altro (specificare):				

SEZIONE E - RILEVAZIONE DEL DOLORE

DOLORE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	assenza di dolore										massimo dolore
Sede											
											NRS ☐ PAINAD ☐ Flacc ☐ Wong-Baker ☐

Ritengo necessario recarmi a visitarlo al suo domicilio con cadenza:

SEZIONE F - 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	