



**Richiesta di
AMMISSIONE PROTETTA**

DISTRETTO DI MACERATA

Inviare la richiesta tramite e-mail al P.U.A. di Macerata: puamc@sanita.marche.it 0733-2572042

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa, _____ richiede per
il/la signor/a _____ M F
nato/a a _____ il ____/____/____ residente a _____
in via _____ n. ____ tel. _____

l'ammissione nei posti letto in convenzione con l'ASUR AV3 Macerata della seguente Struttura (barrare una sola casella):

Struttura
Cure Intermedie - "Casa di Cura Marchetti" Macerata
Cure Intermedie - Ospedale di Comunità Treia
RSA (R2)
Residenza Protetta (R3)

Struttura
RSA per persone con demenza (R2D)
Residenza Protetta per persone con demenza (R3D)
Nota Bene: previo idoneità del Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) del Distretto di Macerata su proposta del MMG.

Condizioni Sociali	<input type="checkbox"/> vive solo	<input type="checkbox"/> con familiari _____	<input type="checkbox"/> con altri _____
		familiare referente Sig./Sig.ra _____	tel. _____

Il paziente e/o il familiare referente è stato debitamente informato ed acconsente alla presente richiesta

Firma del Paziente/Familiare _____

Problematiche Sanitarie / Assistenziali in atto:

Terapia in atto:

<input type="checkbox"/> Stabilità Clinica	<input type="checkbox"/> Basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica	<input type="checkbox"/> Farmaci H	<input type="checkbox"/> TAO
Stato neuropsichico	<input type="checkbox"/> vigile e collaborante	<input type="checkbox"/> disorientato	<input type="checkbox"/> ansioso
	<input type="checkbox"/> depressivo	<input type="checkbox"/> altro _____	
Respirazione	<input type="checkbox"/> autonoma	<input type="checkbox"/> ossigenoterapia h/die _____	lt/min _____
	<input type="checkbox"/> altro _____		<input type="checkbox"/> tracheostomia
Alimentazione	<input type="checkbox"/> autonoma	<input type="checkbox"/> inserito in programma (NAD)	<input type="checkbox"/> sondino naso-gastrico
	<input type="checkbox"/> altro _____	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> parenterale
Eliminazione urinaria	<input type="checkbox"/> autonoma	<input type="checkbox"/> catetere tipo _____ ch _____	data sost. _____
	<input type="checkbox"/> urostomia	<input type="checkbox"/> nefrotomia	<input type="checkbox"/> epicistostomia
		<input type="checkbox"/> altro _____	<input type="checkbox"/> pannolone
Eliminaz. intestinale	<input type="checkbox"/> autonoma	<input type="checkbox"/> colostomia	<input type="checkbox"/> ileostomia
		<input type="checkbox"/> pannolone	<input type="checkbox"/> altro _____
Cute	<input type="checkbox"/> integra	<input type="checkbox"/> presenza di LdP in sede _____	stadio _____
	<input type="checkbox"/> ferite chirurgiche	<input type="checkbox"/> ulcere vascolari	<input type="checkbox"/> altro _____
		trattamento:	
Dolore	<input type="checkbox"/> valore _____	sede _____	terapia <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Presidi/Dispositivi	<input type="checkbox"/> drenaggi (tipo e sede)		<input type="checkbox"/> CVP posizionato il _____
	<input type="checkbox"/> CVC in sede _____	tipo _____	ultima med. _____
Mobilità	<input type="checkbox"/> autonoma	<input type="checkbox"/> con ausili	<input type="checkbox"/> con aiuto
	<input type="checkbox"/> allettato	<input type="checkbox"/> letto/poltrona	<input type="checkbox"/> postura obbligata per patologia
	necessità di:	<input type="checkbox"/> letto con sponde	<input type="checkbox"/> materasso antidecubito
	<input type="checkbox"/> altro _____	<input type="checkbox"/> carrozzina	<input type="checkbox"/> deambulatore
Visita Fisiatrica	effettuata: <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Necessità di Terapia Riabilitativa: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Data ____/____/____

Timbro e Firma M.M.G. _____

Esito valutazione UVI / CDCD:

per giorni _____

Data ____/____/____

Timbro e Firma Coordinatore UVI / CDCD _____