



## Richiesta di AMMISSIONE PROTETTA

DISTRETTO DI MACERATA

Inviare la richiesta tramite e-mail al P.U.A. di Macerata: [puamc@sanita.marche.it](mailto: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
<input type="checkbox"/> Cure Intermedie - "Casa di Cura Marchetti" Macerata
<input type="checkbox"/> Cure Intermedie - Ospedale di Comunità Treia
<input type="checkbox"/> RSA (R2)
<input type="checkbox"/> Residenza Protetta (R3)

Struttura
<input type="checkbox"/> RSA per persone con demenza (R2D)
<input type="checkbox"/> 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.

<b>Condizioni Sociali</b>	<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: \_\_\_\_\_

☐ Stabilità Clinica ☐ Basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica ☐ Farmaci H ☐ TAO

Stato neuropsichico	<input type="checkbox"/> vigile e collaborante <input type="checkbox"/> disorientato <input type="checkbox"/> ansioso <input type="checkbox"/> depresso <input type="checkbox"/> altro _____
Respirazione	<input type="checkbox"/> autonoma <input type="checkbox"/> ossigenoterapia h/die _____ lt/min _____ <input type="checkbox"/> tracheostomia <input type="checkbox"/> altro _____
Alimentazione	<input type="checkbox"/> autonoma <input type="checkbox"/> inserito in programma (NAD) <input type="checkbox"/> sondino naso-gastrico <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> parenterale <input type="checkbox"/> altro _____
Eliminazione urinaria	<input type="checkbox"/> autonoma <input type="checkbox"/> catetere tipo _____ ch _____ data sost _____ <input type="checkbox"/> pannolone <input type="checkbox"/> urostomia <input type="checkbox"/> nefrotomia <input type="checkbox"/> epicistostomia <input type="checkbox"/> altro _____
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"/> sì <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 <i>necessita di:</i> <input type="checkbox"/> letto con sponde <input type="checkbox"/> materasso antidecubito <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> deambulatore <input type="checkbox"/> altro _____
Visita Fisiatrica	effettuata: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <i>Necessita di Terapia Riabilitativa:</i> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Timbro e Firma M.M.G. \_\_\_\_\_

Esito valutazione UVI / CDCD:

\_\_\_\_\_ per giorni \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Timbro e Firma Coordinatore UVI / CDCD \_\_\_\_\_