

ALLEGATO N. 6

Motivo della richiesta

deficit della deambulazione (specificare) _____

impossibilità ad accedere in ambulatorio pur senza deficit della deambulazione (specificare)

non autosufficienza _____

presenza di gravi patologie che necessitano di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico (specificare):

- malati terminali (oncologici e non);
- gravi fratture (in anziani);
- malattia vascolare acuta;
- insufficienza cardiaca in stato avanzato;
- insufficienza respiratoria con grave limitazioni funzionale;
- grave artropatia degli arti inferiori in stato avanzato
- arteriopatia obliterante degli arti inferiori con gravi limitazioni;
- cerebropatia e/o cerebroleso con forme gravi
- paraplegico e/o tetraplegico;
- malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare);
- fasi avanzate e complicate di altre malattie croniche;
- pazienti con necessità di nutrizione artificiale parenterale;
- pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
- pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza

dimissione protetta da Struttura Ospedaliera;

altro _____

DIAGNOSI DETTAGLIATA E SINTESI DEI PROBLEMI SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI

PROFILO DELL'AUTONOMIA (INDICARE CON UNA X)

Profilo cognitivo

- lucido
- confuso
- molto confuso o stuporoso
- problemi comportamentali prevalenti

Profilo mobilità

- si sposta da solo
- si sposta assistito

Profilo funzionale

- autonomo o quasi
- dipendente
- totalmente dipendente

Profilo sanitario

- bassa
- intermedia
- elevata

Profilo sociale

- ben assistito
- parzialmente assistito
- non sufficientemente assistito

Programma proposto dal Medico proponente

Accessi MMG/PLS: SI NO
 Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi infermiere: SI NO
 Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi fisioterapista: SI NO
 Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi specialista 1 (specificare _____); SI NO
 Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi specialista 2 (specificare _____); SI NO
 Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi psicologi (specificare _____); SI NO
 Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi altri operatori (specificare _____); SI NO
 Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Durata presunta dell'intervento (indicare il numero di giorni effettivi) _____

Obiettivi dell'intervento (sintetica descrizione dei risultati attesi):

Data ___/___/___

Timbro e Firma del Medico
