







## 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 limitazione 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 \_\_\_\_\_

<b>DIAGNOSI DETTAGLIATA E SINTESI DEI PROBLEMI SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI</b>
-----------------------------------------------------------------------------------


## PROFILO DELL'AUTONOMIA

### **Profilo cognitivo**

- Lucido
- Confuso
- Molto confuso
- Problemi comportamentali

### **Profilo funzionale**

- Dipendente
- Totalmente dipendente

### **Profilo sanitario**

- Ass.bassa
- Ass.media
- Ass.elevata

### **Profilo mobilità**

- Si sposta da solo con ausili
- Si sposta assistito
- Allettato

### **Profilo sociale**

- Ben assistito
- Parz. Assistito
- Non suff.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 psicologo** (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

FIRMA E TIMBRO con codice reg.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_