Copia per Erogatore

DATI ANAGRAFICI **Codice Fiscale (campo obbligatorio)** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Cognome Nome_____Data di nascita _____/_____/_____

Residenza _____Via_____

Domicilio._____Via_____

Familiare di riferimento_____ Telefono di riferimento_____

DIAGNOSI PRINCIPALE:

ELEMENTI DI CRITICITÀ

- ☐ Malattia in fase terminale
- ☐ Tracheostomia
- ☐ Disfagia
- ☐ Dialisi peritoneale/emodialisi
- ☐ Trattamento anticoagulante orale
- ☐ Nutrizione artificiale enterale/parenterale
- ☐ Incidenti vascolari acuti
- ☐ Politrauma/Esiti fratture
- ☐ Grave insufficienza respiratoria/ventilazione meccanica/ossigenoterapia
- ☐ Lesioni cutanee (decubito- vascolare- altro)
- ☐ Incontinenza urinaria
- ☐ Incontinenza fecale
- ☐ Stato vegetativo persistente
- ☐ Decadimento cerebrale con disturbi del comportamento
- ☐ Altro_____

MOTIVI DI NON DEAMBULABILITÀ

- ☐ Difficoltà di accesso alle strutture sanitarie (logistica)
- ☐ Forti limitazioni funzionali
- ☐ Carenza rete di supporto

ULTERIORI ELEMENTI DI TEMPESTIVITÀ DELL'INTERVENTO

- ☐ Dimissione ospedaliere non protette
- ☐ Dimissioni protette
- ☐ Malattia in fase terminale
- ☐ Situazione familiare-sociale complessa
- ☐ Altro_____

POSSIBILI NECESSITÀ DI FIGURE PROFESSIONALI

- ☐ Infermiere
- ☐ Riabilitative
- ☐ Tutelari Sociali (ASA,OSS)
- ☐ Palliative
- ☐ Altro_____

PROPOSTA DI CURE DOMICILIARI

- ☐ Credit/voucher
- ☐ "Ospedalizzazione Domiciliare"

Data _____

Timbro e Firma del Medico _____