

SSD ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Sede ALES/TERRALBA email: curedomiciliari.ales@asloristano.it;

Sede ORISTANO email:curedomiciliari.oristano@asloristano.it;

Sede GHILARZA email:curedomiciliari.ghilarza@asloristano.it.

SCHEDA PROPOSITIVA DI ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA NEI CONFRONTI DEI PAZIENTI NON AMBULABILI(AIR - Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale del 2009)
ADP

IL MEDICO PROPONENTE Dott. _____ TEL. _____

Avuto il consenso del paziente e/o dei familiari per le Cure Domiciliari Programmate a favore dell'Assistita/o

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ N. _____

DOMICILIATO A _____ VIA _____ N. _____

C.F. _____ TEL. _____

ATTIVAZIONE RIATTIVAZIONE PROROGA MODIFICA

PROGRAMMA ASSISTENZIALE DAL ____ / ____ / ____ AL ____ / ____ / ____

CADENZA DEGLI ACCESSI: MENSILE QUINDICINALE SETTIMANALE

IL PAZIENTE NECESSITA DI A.D.P. PER I SEGUENTI MOTIVI:

1. AFFETTO DA (patologie in atto)

2. IN FASE: ACUTA SUBACUTA CRONICA STABILIZZATA

AUTONOMIA autonomo parzialmente dipendente totalmente dipendente

GRADO DI MOBILITA' si sposta da solo si sposta assistito non si sposta

DISTURBI COGNITIVI assenti moderati gravi

CONDIZIONE CLINICA stabile instabile

PROGRAMMA ASSISTENZIALE PROPOSTO (indicare la natura degli interventi):

_____, ____ / ____ / ____

Timbro e firma	Timbro e firma
Medico di Medicina Generale	Direttore SSD Assistenza Domiciliare Integrata
_____	_____