ASLOristano
Azienda socio-sanitaria locale

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 INFERMIERISTICA DOMICILIARIE
ADPS
NOTA BENE: Prestazione valida solo per persone non altrimenti trasportabili

IL MEDICO PROPONENTE Dott. _____ Tel. _____

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

CHIEDE L'ATTIVAZIONE DI PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE DOMICILIARI DAL ___/___/_____ AL **31/12/2024**
a favore dell'Assistito

Sig./Sig.ra _____ nato / a a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

domiciliato a _____ in via _____ n. _____

Codice Fiscale _____ Tel. _____

Familiare di riferimento:
[ ] Marito / Moglie [ ] Figlio/a [ ] Nuora [ ] Altro _____
Provenienza del paziente: [ ] Domicilio [ ] Dimissione Ospedaliera [ ] Dimissione RSA [ ] Altro _____

Patologia principale e Comorbilità _____

_____

_____

AUTONOMIA	[ ] autonomo	[ ] parzialmente dipendente	[ ] totalmente dipendente
GRADO DI MOBILITA'	[ ] si sposta da solo	[ ] si sposta assistito	[ ] non si sposta
DISTURBI COGNITIVI	[ ] assenti/lievi	[ ] moderati	[ ] gravi
CONDIZIONE CLINICA	[ ] stabile	[ ] instabile	

PRELIEVI VENOSI OCCASIONALI	[ ] presenti	[ ] assenti
PRELIEVI VENOSI NON OCCASIONALI	[ ] presenti	[ ] assenti
CATETERE VESCICALE	[ ] presente	[ ] assente

PROGRAMMA ASSISTENZIALE PROPOSTO (indicare la natura degli interventi):

_____

_____

_____

_____, ____/____/_____

Timbro e firma
Medico di Medicina Generale

_____

Timbro e firma
Direttore SSD Assistenza Domiciliare Integrata

_____