

ALLEGATO U
SCHEDA PROPOSITIVA DI CURE DOMICILIARI BASE (CDB ex ADP)

 (tel 070/6092229 INVIARE A: medici.areaovest@aslcagliari.it)

MMG Dott./Dott.ssa _____ **Matricola n.** _____ **Cod. Reg.** _____
Tel Amb. _____ **Sede Amb.** _____ **cell** _____

Avuto il consenso del paziente e dei familiari all'assistenza a domicilio
CHIEDE l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare Programmata
Per l'assistito/a

Cognome Nome _____	data di nascita _____
CF _____	Residente a _____
Indirizzo di residenza Via/Piazza _____ n° _____ Tel. _____	
Domicilio di assistenza Via/Piazza _____ n° _____ Città _____ tel. _____	
Familiare di riferimento _____ tel./cell. _____	
Familiare convivente [] SI [] NO Invalidità [] SI [] NO Accompagnamento [] SI [] NO	

Note sul paziente

 Diagnosi

Dati Debito Informativo Regionale

AUTONOMIA	TOTALMENTE DIPENDENTE	PARZIALMENTE DIPENDENTE	AUTONOMO
MOBILITA'	NON SI SPOSTA	SI SPOSTA ASSISTITO	SI SPOSTA DA SOLO
DISTURBI COGNITIVI	GRAVE	MODERATI	ASSENTI/LIEVI
GESTIONE CATETERE	BISOGNO PRESENTE	BISOGNO ASSENTE	
PRELIEVI VENOSI	BISOGNO PRESENTE	BISOGNO ASSENTE	

 [] **Attivazione** : dalal.....

 [] **Proroga** : dal.....al.....

 [] **modifica** : da accesso a accesso

 [] **cessazione** : dal

PERIODICITA' ACCESSI MEDICI RICHIESTI: MENSILE [] QUINDICINALE [] SETTIMANALE []

Data _____ Timbro e Firma MMG/PLS _____

Parte riservata alla ASL
PROGRAMMA ASSISTENZIALE AUTORIZZATO:

Conferma dell'assistenza richiesta: SI [] NO []

modifica dell'assistenza richiesta secondo il seguente piano:

mensile [] quindicinale [] settimanale []

per un periodo di mesi _____ sino al _____

Osservazioni _____

Firma del Dirigente Medico _____