

SCHEDA PROPOSITIVA / PROROGA DELLE CURE DOMICILIARI INTEGRATE

Al Responsabile del Servizio
CURE DOMICILIARI INTEGRATE

Distretto n.5 Sede Senorbi

070 609 2394 – curedomiciliari.senorbi@aslcagliari.it

Il/la sottoscritt _____ Dott _____ Ambulatorio: _____

Indirizzo _____ Orario _____

_____ Tel _____ Cell. _____

Avuto il consenso del paziente e dei familiari all'assistenza a domicilio

Chiede:

() **l'attivazione** delle CURE DOMICILIARI INTEGRATE – C.D.I.

() **la proroga** delle C.D.I.: con quadro clinico stazionario e valutazione multidimensionale
sovrapponibile alla precedente ☐ SI ☐ NO

Per l'Assistito _____ nato il _____ a _____

residente a _____ in via _____ n° _____

domiciliato a _____ in via _____ n° _____

tel _____ cell. _____ COD. FISC. _____

affett _____ da _____

necessita delle seguenti prestazioni integrate:

• assistenza infermieristica per : () terapia Infusionale () medicazioni () gestione C.VC.

() altro _____

() assistenza riabilitativa () assistenza specialistica () assistenza sociale

• cadenza accessi M.M.G.: () settimanale () bisettimanale () trisettimanale () altro _____

Il paziente è reperibile presso : () il proprio domicilio (a seguito dimissioni osp.: (SI) – (NO)
reparto: _____) () ospedale _____

composizione del nucleo familiare _____

persone di riferimento:

Sig. _____ tel _____ parentela _____

Sig. _____ tel _____ parentela _____

data _____

timbro e firma del Medico M. G. Richiedente