

# ATTIVAZIONE SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI

Segnalazione/proposta di attivazione da parte del MMG - PLS

Mail: [cotssm.ast.mc@sanita.marche.it](mailto:cotssm.ast.mc@sanita.marche.it) (tel 0733-631400)

Recapiti telefonici: CD sede Camerino 0737-639343; CD Matelica 0737-7814260 - CD sede San Severino Marche 0733-631261

Al Direttore del Distretto di Camerino

## SEZIONE A - DATI ANAGRAFICI (SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO MAIUSCOLO)

Cognome	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Nome	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Data nascita	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Comune nascita	<input style="width: 95%;" type="text"/>
c. fiscale	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Comune residenza	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Via e n. civico	<input style="width: 95%;" type="text"/>	telefono	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Persona di riferimento	<input style="width: 95%;" type="text"/>	telefono	<input style="width: 95%;" type="text"/>

**Necessita di:**     **Assistenza Domiciliare integrata**                       **Assistenza Infermieristica Domiciliare**  
 **Assistenza Domiciliare Programmata**                       \_\_\_\_\_

## SEZIONE B - DIAGNOSI DETTAGLIATA

Patologia prevalente	
Codice ICD9	descrizione
Patologie concomitanti	
Codice ICD9	descrizione

## SEZIONE C - DATI SOCIO DEMOGRAFICI

Stato Civile	<input style="width: 95%;" type="text"/>	N. Componenti nucleo familiare (eccetto l'utente)	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Assistente familiare	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Supporto sociale	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> parzialmente presente <input type="checkbox"/> non presente
Rischio idrogeologico (abita al piano terra)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
Autosufficienza	<input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> parzialmente dipendente <input type="checkbox"/> totalmente dipendente	Grado di mobilità	<input type="checkbox"/> si sposta da solo o con ausili <input type="checkbox"/> si sposta con assistenza <input type="checkbox"/> non si sposta
Disturbi cognitivi	<input type="checkbox"/> assenti/lievi <input type="checkbox"/> moderati <input type="checkbox"/> gravi	Disturbi comportamentali	<input type="checkbox"/> assenti/lievi <input type="checkbox"/> moderati <input type="checkbox"/> gravi

Il Paz. presenta necessita delle seguenti prestazioni (sez. D/F)

SEZIONE D - PRESTAZIONI SANITARIE		SEZIONE F - PRESTAZIONI SOCIO - ASSISTENZIALI				
		g	m	a	g	m
<input type="checkbox"/>	assistenza medico generica					
<input type="checkbox"/>	assistenza infermieristica domiciliare					
<input type="checkbox"/>	assistenza medico-specialistica domiciliare (specificare):	<input type="checkbox"/> assistenza domestica (SAD)				
<input type="checkbox"/>	assist. riabilitativa e di recupero funzionale a domicilio	<input type="checkbox"/> assistenza abitativa (compresa quella rivolta alla eliminazione delle barriere architettoniche)				
<input type="checkbox"/>	servizio di telesoccorso o telecontrollo	<input type="checkbox"/> assistenza economica				
<input type="checkbox"/>	fornitura di ausili per incontinenza e/o presidi sanitari	<input type="checkbox"/> assistenza sociale e Segretariato sociale				
<input type="checkbox"/>	assistenza OSA per:	<input type="checkbox"/> altro (specificare):				

**SEZIONE E - RILEVAZIONE DEL DOLORE**

<b>DOLORE</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<b>NRS</b> <input type="checkbox"/>
	assenza di dolore										<b>PAINAD</b> <input type="checkbox"/>
<b>Sede</b>	_____										<b>Flacc</b> <input type="checkbox"/>
											<b>Wong-Baker</b> <input type="checkbox"/>

Ritengo necessario recarmi a visitarlo al suo domicilio con cadenza:

**SEZIONE F - CADENZA DEGLI ACCESSI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

<input type="checkbox"/> ogni ____ giorni	<input type="checkbox"/> settimanale	<input type="checkbox"/> quindicinale	<input type="checkbox"/> mensile
---	--------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------

Successive eventuali variazioni:

<input type="checkbox"/> ogni ____ giorni	<input type="checkbox"/> settimanale	<input type="checkbox"/> quindicinale	<input type="checkbox"/> mensile	data
<input type="checkbox"/> ogni ____ giorni	<input type="checkbox"/> settimanale	<input type="checkbox"/> quindicinale	<input type="checkbox"/> mensile	

Data	Timbro, codice regionale e firma del medico
Presentata al Distretto il	