

PARTE DA COMPILARE IN CASO DI RICHIESTA DI CURE DOMICILIARI

Necessita di valutazione sociale SI NO

RELAZIONE MEDICA

Cognome _____ Nome _____

Diagnosi

La proposta di attivazione dell'intervento si riferisce a:

- Malato terminale
- Malattia progressivamente invalidante e che necessita di interventi complessi
- Incidente vascolare acuto
- Grave frattura in anziano
- Forma psicotica acuta grave
- Riabilitazione di vasculopatico
- Riabilitazione in neuroleso
- Malattia acuta temporaneamente invalidante nell'anziano (malattia respiratoria o altro)
- Dimissione protetta da struttura ospedaliera:

Ospedale U.O.

Ricovero dal al

Diagnosi

Altro

Condizioni generali

Stato mentale e di coscienza

Condizioni motorie

DEAMBULA AUTONOMAMENTE DEAMBULA CON ASSISTENZA

GRAVI DIFFICOLTA' ALLA DEAMBULAZIONE

COSTRETTO A LETTO TEMPORANEAMENTE PERMANENTEMENTE

NECESSITA DI PRESIDIO ORTOPEDICO (tutore - carrozzella, etc)

NECESSITA DI LETTO SPECIALE

NECESSITA DI MATERASSINO ANTIDECUBITO

ALTRO (alimentazione, igiene, etc)

Incontinenza urinaria SI NO **Incontinenza fecale** SI NO

Trofismo cutaneo

Piaghe da decubito SI NO Infezione SI NO

Localizzazione Estensione

Ricoveri (indicare luogo-data-diagnosi, allegare documentazione - eventuali copie cartelle cliniche, dimissioni, referti di accertamenti e di consulenze specialistiche)

Altro (vista, udito, comunicazione)

PIANO DI ASSISTENZA PROPOSTO

DURATA

- PRELIEVI A RICHIESTA MMG
- TERAPIA INIETTIVA A RICHIESTA MMG
- MEDICAZIONI (frequenza)
- CAMBIO CATETERE (frequenza)
- LAVAGGIO VESCICALE (frequenza)
- CICLO DI FKT E RIABILITAZIONE già richiesto da specialista SI NO
- ACCESSO MMG (frequenza)
- VISITA SPECIALISTICA)
- ESAMI STRUMENTALI)
- ALTRO)

Data,

IL MEDICO PROPONENTE

Timbro e firma