



(si prega di precisare chi è il compilatore e di scrivere in stampatello maiuscolo / rispondendo a tutti gli items )

**Attivazione sistema delle cure domiciliari / proposta per RSA / Hospice da parte del medico**

**COMPILATORE:** medico ospedaliero  medico MG / PLS  altro medico

Nome medico compilatore (o timbro) OSPEDALE / REPARTO (indicare se il medico proponente non è MMG / PLS)

Telefoni del medico o del reparto

(si prega di precisare chi è il compilatore e di scrivere in stampatello maiuscolo / rispondere a tutti gli items – le richieste incomplete non sono accolte)

**A – DATI ANAGRAFICI ASSISTITO**

COGNOME	NOME
NATO A	IL
CODICE FISCALE	Recapiti telefonici
Indirizzo residenza (COMUNE E VIA)	
Indirizzo domicilio (COMUNE E VIA)	
REFERENTE	Recapiti telefonici

**B1 – AUTONOMIA**

**TRIAGE**

<b>Mobilità</b>	0. indipendente (anche con sedia a rotelle) <input type="checkbox"/> - 1. cammina con l'aiuto di una persona <input type="checkbox"/> 2. immobile (allettato o carrozzina spinta da altro) <input type="checkbox"/>	
<b>B2 – AUTONOMIA</b>		
Disturbi cognitivi (*)	0. assenti / lievi <input type="checkbox"/> - 1. moderati <input type="checkbox"/> - 2. gravi <input type="checkbox"/>	
Disturbi comportamento (su base psichica o psicorganica)	0. assenti / lievi <input type="checkbox"/> - 1. moderati <input type="checkbox"/> - 2. gravi <input type="checkbox"/>	
Mangiare e bere	0. mangia e beve da solo <input type="checkbox"/> - 1. mangia e beve assistito <input type="checkbox"/> - 2. non mangia e non beve <input type="checkbox"/>	

**C - CONDIZIONI DI SALUTE PARTICOLARI** (indicare tutte quelle presenti)

Ulcere cutanee da qualsiasi causa <input type="checkbox"/>	Nutrizione Parenterale <input type="checkbox"/>	Nutrizione enterale (Sondino NG – PEG) <input type="checkbox"/>
CHT o RT in atto <input type="checkbox"/>	ossigenoterapia LT <input type="checkbox"/>	dialisi in atto <input type="checkbox"/>
	ventilaz. Assistita <input type="checkbox"/>	trasfusioni periodiche <input type="checkbox"/>
Cateterismo vesc. Intermittenza <input type="checkbox"/>	Catetere vesc. Permanenza <input type="checkbox"/>	Catetere sovrapubico <input type="checkbox"/>
	Uretero – nefrostomie <input type="checkbox"/>	ileostomia <input type="checkbox"/>
	colostomia <input type="checkbox"/>	Catetere peridurale <input type="checkbox"/>
	tracheotomia <input type="checkbox"/>	dolore <input type="checkbox"/>
	drenaggi <input type="checkbox"/>	CVC <input type="checkbox"/>
Insuff. Cardiaca grave <input type="checkbox"/>	Prel. Venosi periodici programmati (es. TAP-INR-emocromo in corso di CHT) <input type="checkbox"/>	

**D – DIAGNOSI DETTAGLIATA**

STATO DELLA MALATTIA (indicare in caso di malattia neoplastica): malattia loco-regionale    malattia metastatica    cachessia		

E - KARNOFSKY (indicare in caso di malattia neoplastica)							
Normale attività con sforzo; qualche segno o sintomo di malattia	80	autosufficiente; inabile per la normale attività lavorativa	70	assistenza occasionale. capacità di adempie in max parte alle ADL	60	richiede assistenza particolare e frequente intervento medico	50
inabile; richiede speciali cure e assistenza	40	gravemente inabile; indicata assistenza continuativa	30	molto malato; terapie di supporto necessarie	20	processi fatali rapid. ingravescenti	10

F - TERAPIA

G - PRESTAZIONI SANITARIE RITENUTE NECESSARIE	
Assistenza domiciliare occasionale <input type="checkbox"/> assistenza domiciliare integrata continuativa <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ricovero in RSA <input type="checkbox"/> ricovero in Hospice <input type="checkbox"/> altro: specificare _____	
<input type="checkbox"/> assistenza medico generica programmata (precisare a fianco modalità)	durata ..... settimane <input type="checkbox"/> .....mesi <input type="checkbox"/> 1 anno <input type="checkbox"/>
	periodicità ogni ..... giorni <input type="checkbox"/> settimanale <input type="checkbox"/> quindicinale <input type="checkbox"/> mensile <input type="checkbox"/>
<b>Per le Visite specialistiche</b> inviare quando necessarie richiesta su ricettario SSR	

G - BISOGNI SANITARI ESPlicitATI (CONTINGENTI E NON IPOTETICI)			
Broncoaspirazione /drenaggio posturale		Prelievi venosi periodici programmati	
Ossigeno terapia LT		Prelievi occasionali	
Gestione Tracheostomia		ECG periodico	
Gestione alimentazione artificiale		Gestione catetere venoso centrale	
Cateterismo vescicale		Trattamento riabilitativo	
Gestione stomia		Interventi di educazione terapeutica	
Clisteri		Terapia sottocut./intramusc.	
Terapia infusione venosa <sup>1</sup>		Altro, specificare sotto	
Cura per ulcere cutanee			
<b>Protesi ed ausili ritenuti necessari</b>			
1:		2:	
3:		4:	
Data		timbro, codice e firma del medico proponente	

**SPAZIO RISERVATO AL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG) / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (PLS) SE IL MEDICO PROPONENTE SOPRA IDENTIFICATO E' DI ALTRA STRUTTURA DEL SSN**

Condivido / non condivido l'opzione per il setting assistenziale proposto. - Eventuali note:.....

.....

data.....Timbro e firma del MMG/PLS:

<sup>1</sup> Il CAD si riserva di valutarne la fattibilità, in tal caso precisare tipo di terapia, posologia e durata