



**REGIONE CALABRIA – A.S.P. di VIBO VALENTIA**  
**Distretto Sanitario di Vibo Valentia**  
**Cure Domiciliari**

**Scheda di proposta di accesso ai servizi territoriali**  
(parte sanitaria da compilare da parte del medico proponente)

**Dati dell'assistito per il quale si richiede il servizio**

**Il/La richiedente**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Sesso M  F

Nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Codice fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 residente in \_\_\_\_\_

Cap. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

**Dati del medico proponente il servizio**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

- Medico di Medicina Generale  
 Pediatra di Libera Scelta  
 Medico Specialista Ospedaliero  
 Medico Specialista Territoriale  
 Medico di Continuità Assistenziale  
 Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Sede di lavoro \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Tel./cell. 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Servizio richiesto:**

- Cure Domiciliari Integrate di primo livello  
 Cure Domiciliari Integrate di secondo livello  
 Cure Domiciliari Integrate di terzo livello  
 Cure Palliative  
 Cure Domiciliari Prestazionali Cicliche  
 Assistenza Domiciliare Programmata  
 Servizio Assistenziale Semiresidenziale  
 Servizio Assistenziale Residenziale

Altri servizi territoriali \_\_\_\_\_

**Motivo della richiesta**

**deficit della deambulazione** (specificare) \_\_\_\_\_

**impossibilità ad accedere in ambulatorio pur senza deficit della deambulazione** (specificare)

**non autosufficienza** \_\_\_\_\_

**presenza di gravi patologie che necessitano di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico** (specificare):

- malati terminali (oncologici e non);
- gravi fratture (in anziani);
- malattia vascolare acuta;
- insufficienza cardiaca in stato avanzato;
- insufficienza respiratoria con grave limitazioni funzionale;
- grave artropatia degli arti inferiori in stato avanzato
- arteriopatia obliterante degli arti inferiori con gravi limitazioni;
- cerebropatia e/o cerebroleso con forme gravi
- paraplegico e/o tetraplegico;
- malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare);
- fasi avanzate e complicate di altre malattie croniche;
- pazienti con necessità di nutrizione artificiale parenterale;
- pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
- pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza

**dimissione protetta da Struttura Ospedaliera;**

**altro** \_\_\_\_\_

**DIAGNOSI DETTAGLIATA E SINTESI DEI PROBLEMI SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI**


**PROFILO DELL'AUTONOMIA (INDICARE CON UNA X)**

**Profilo cognitivo**

- lucido
- confuso
- molto confuso o stuporoso
- problemi comportamentali prevalenti

**Profilo mobilità**

- si sposta da solo
- si sposta assistito

**Profilo funzionale**

- autonomo o quasi
- dipendente
- totalmente dipendente

**Profilo sanitario**

- bassa
- intermedia
- elevata

**Profilo sociale**

- ben assistito
- parzialmente assistito
- non sufficientemente assistito

Programma proposto dal Medico proponente

**Accessi MMG/PLS:**  SI  NO  
 Periodicità:  giornaliero  mensile  quindicinale  settimanale

**Accessi infermiere:**  SI  NO  
 Periodicità:  giornaliero  mensile  quindicinale  settimanale

**Accessi fisioterapista:**  SI  NO  
 Periodicità:  giornaliero  mensile  quindicinale  settimanale

**Accessi specialista 1** (specificare \_\_\_\_\_);  SI  NO  
 Periodicità:  giornaliero  mensile  quindicinale  settimanale

**Accessi specialista 2** (specificare \_\_\_\_\_);  SI  NO  
 Periodicità:  giornaliero  mensile  quindicinale  settimanale

**Accessi psicologi** (specificare \_\_\_\_\_);  SI  NO  
 Periodicità:  giornaliero  mensile  quindicinale  settimanale

**Accessi altri operatori** (specificare \_\_\_\_\_);  SI  NO  
 Periodicità:  giornaliero  mensile  quindicinale  settimanale

Durata presunta dell'intervento (indicare il numero di giorni effettivi) \_\_\_\_\_

Obiettivi dell'intervento (sintetica descrizione dei risultati attesi):

---



---



---



---



---



---

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Timbro e Firma del Medico

\_\_\_\_\_