



Castellammare del Golfo



Alcamo



Calatafimi Segesta



A.S.P. N. 9

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 55

COMUNE DI ALCAMO – CALATAFIMI SEGESTA – CASTELLAMMARE DEL GOLFO

A.S.P. N. 9 DISTRETTO SANITARIO 55 - ALCAMO

AL COMUNE DI _____



Allegato 3/4

Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana
VIA MAZZINI, 1 – 91100 TRAPANI
TEL.(0923) 805111 - FAX (0923) 873745
Codice Fiscale – P. IVA 02363280815

ISTANZA/ATTESTAZIONE PER L'ATTIVAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI PAC ANZIANI

Al Punto Unico di Accesso Distretto di:

Compilata a cura del medico curante o del medico del Presidio Ospedaliero

Il sottoscritto Medico (MMG/PLS/Ospedaliero) Dott.re _____

MMG del Distretto di _____

Medico in servizio presso il reparto _____ del P.O. _____

Tel./cell _____

A seguito della visita medica da me effettuata e/o della documentazione clinica in mio possesso, relativa a:

Cognome e Nome _____ nato il _____ età _____ sesso _____

residente a _____ Via _____ n° _____

domiciliato a _____ Via _____ n° _____ tel _____

es. ticket _____ C.F. _____ tes.san. _____ si rileva quanto segue:

Cenni anamnestici sui problemi clinici:

Trattamenti in atto:

Bisogni assistenziali generali : segnare le caselle necessarie

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> diabete insulino dipendente | <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia |
| <input type="checkbox"/> Scompenso cardio-circolatorio | <input type="checkbox"/> Sondino naso-gastrico o gastrostomia |
| <input type="checkbox"/> Cirrosi scompensa | <input type="checkbox"/> Catetere venoso centrale o nutrizione parenterale totale |
| <input type="checkbox"/> Tracheotomia | <input type="checkbox"/> Catetere vescicale |
| <input type="checkbox"/> Nefrostomia o terapia perdurale a lungo termine | <input type="checkbox"/> Ano artificiale o ureterostomia |
| <input type="checkbox"/> Ulcere distrofiche agli arti | |

Stato Generale Mentale Sensorio e Comunicazione : *segnare le caselle necessarie*

Condizioni Generali:	Stato Mentale:	Linguaggio:	Udito:
<input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> discrete <input type="checkbox"/> scadenti <input type="checkbox"/> pessime <input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> cammina con aiuto <input type="checkbox"/> costretto su sedia <input type="checkbox"/> costretto a letto	<input type="checkbox"/> lucido <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> apatico <input type="checkbox"/> stuporoso <input type="checkbox"/> Incontinenza semplice <input type="checkbox"/> Incontinenza doppia	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> comprende frasi semplici <input type="checkbox"/> non valutabile <input type="checkbox"/> non comprende	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> deficit medio <input type="checkbox"/> grave deficit non correggibile <input type="checkbox"/> sordità completa Vista: <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> deficit parziale <input type="checkbox"/> grave deficit non correggibile <input type="checkbox"/> cecità totale

Per patologie neoplastiche specificare indice di Karnofsky Performance status _____

- 100 Normale, nessun sintomo, non evidenza di malattia
- 90 In grado di svolgere attività normale, lievi sintomi o segni di malattia
- 80 Attività normale svolta con fatica, qualche segno o sintomo di malattia
- 70 Inabile al lavoro, puo' accudire a se stesso
- 60 Richiede solo occasionalmente assistenza
- 50 Richiede considerevole assistenza e frequenti cure mediche
- 40 Non puo' accudire sé stesso, richiede speciali cure ed assistenza
- 30 Molto compromesso, è indicata l'ospedalizzazione per quanto la morte non sia imminente
- 20 Molto grave, ospedalizzazione necessaria, necessario trattamento attivo di supporto
- 10 Moribondo, stato pre-agonico e agonico
- 0 Morto

Per patologie neoplastiche specificare se, in atto, effettua terapie antitumorali: chemioterapie e/o radioterapie, altro

Ciò premesso, formulo richiesta di valutazione multidimensionale per :

- Inserimento in RSA
- Inserimento in ADI
- Inserimento in Hospice
- Altro (specificare) _____

*Timbro e firma del MMG/PLS o
del Medico responsabile dell'U.O. Ospedaliera*

Data _____

Dr. _____

Timbro e firma leggibile

Si allega:
