



SCHEMA DEL MEDICO

per l'attivazione dell'Unità di Continuità Assistenziale Multidimensionale
(da allegare alla scheda di valutazione medica)

Signor /a _____

SERVIZI PROPOSTI

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Problema/i in atto _____

Valutazione e/o intervento _____

Intervento estemporaneo *Intervento continuativo dal* _____ *al* _____

da eseguirsi presso: ambulatorio (ove disponibile) domicilio per pazienti non deambulabili

<input type="checkbox"/> <i>Terapie</i>	tipo di farmaco	posologia	via di somministrazione	durata	controllo	educazi.	somminis.
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medicazione: sede/i _____

tipo di lesione/i _____

come da protocollo per trattamento lesioni cutanee (dove esistente)

altro _____

Note _____

VALUTAZIONI / INTERVENTI MIRATI

Fisiatra *Motivo:* _____

Geriatra _____

Altro _____

SUPPORTO SOCIO-ASSISTENZIALE

Aiuto alla persona

- Cure igieniche parziali
- Bagno assistito
- Aiuto domestico
- Pasti a domicilio
- Commissioni varie (spesa, farmacia)

Problema/i in atto: _____

Sostegno alla famiglia

Pratiche di segretariato sociale

FORNITURA DI AUSILI

Materasso antidecubito

Visita Fisiatrica per prescrizione ausili

ATTIVAZIONE TELESOCORSO (dove disponibile) _____

INSERIMENTO in STRUTTURE RESIDENZIALI o SEMIRESIDENZIALI

Centro Diurno Integrato

Appartamento Protetto

Ricovero di Sollievo

Ex Istituto di Riabilitazione

Residenza Sanitario Assistenziale

Hospice

Ammissione protetta unità operativa ospedaliera

Motivo: _____

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE per ACCESSI del MMG/PLS in regime di ADI

Come da allegato H contratto collettivo nazionale

Motivo della richiesta:

Intervento proposto:

Frequenza proposta: _____

_____ (data)

_____ (timbro e firma del Medico)