


AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI

 Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI – Tel. 0746 2781
 Codice Fiscale e Partita IVA 00821180577

Modello unico per attivazione ADI / ADP / RSA / Riabilitazione Ex art. 26 / Disabilità

Cognome _____	Nome _____	Sesso F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Luogo di nascita _____		data di nascita _____
Codice Fiscale _____		Comune di residenza _____
Indirizzo (di residenza) _____		
Indirizzo completo di domicilio (se diverso da quello di residenza) _____		
Telefono _____		
Persona di riferimento _____		
<small>(Specificare se familiare o altro)</small>		
Recapiti telefonici _____		

 Diagnosi e Descrizione problema principale

.....

.....

.....

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

Altre condizioni cliniche			
<input type="checkbox"/> diabete	<input type="checkbox"/> cardiopatia	<input type="checkbox"/> insufficienza cardiaca	<input type="checkbox"/> malattie vascolari
<input type="checkbox"/> epatopatie non alcoliche	<input type="checkbox"/> epatopatie alcoliche	<input type="checkbox"/> esiti frattura femore	<input type="checkbox"/> insufficienza respiratoria
<input type="checkbox"/> malattie osteomuscolari	<input type="checkbox"/> neoplasie	<input type="checkbox"/> esiti di ictus	<input type="checkbox"/> esiti altre patologie ortopediche
<input type="checkbox"/> altre malattie neurologiche	<input type="checkbox"/> malattia psichiatrica	<input type="checkbox"/> demenza	<input type="checkbox"/> disturbi sensoriali
<input type="checkbox"/> altro _____	<input type="checkbox"/> disabilità intellettiva	<input type="checkbox"/> paralisi cerebrale infantile	<input type="checkbox"/> disturbo generalizzato dello sviluppo

 Terapia in atto

.....

.....

CONDIZIONI CLINICHE ATTUALI (dati di rilievo)	
Stabilità clinica	
<input type="checkbox"/> Stabile	<input type="checkbox"/> Moderatamente instabile
<input type="checkbox"/> Instabile	
Stado di Coscienza	
Orientato	<input type="checkbox"/> nello spazio
<input type="checkbox"/> nel tempo	<input type="checkbox"/> Confuso
<input type="checkbox"/> Soporoso	<input type="checkbox"/> Stuporoso
<input type="checkbox"/> Coma	
Disturbi Cognitivi	
<input type="checkbox"/> Assenti / Lievi	<input type="checkbox"/> Moderati
<input type="checkbox"/> Gravi	
Disturbi Comportamentali	
<input type="checkbox"/> Assenti / Lievi	<input type="checkbox"/> Moderati
<input type="checkbox"/> Gravi	
Dolore	
0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 (0=assenza di dolore; 10=massimo dolore immaginabile)	
Mobilità	
<input type="checkbox"/> Indipendente	<input type="checkbox"/> Cammina con l'aiuto di una persona
<input type="checkbox"/> Totalmente dipendente (allettato o carrozzina spinta da altri)	
Alimentazione	
<input type="checkbox"/> Si alimenta autonomamente	<input type="checkbox"/> Necessita di assistenza per alimentarsi
<input type="checkbox"/> Rifiuta di alimentarsi	

Necessità assistenziali particolari (indicare tutte quelle presenti)

- Ulcere cutanee da qualsiasi causa Nutrizione Parenterale Nutrizione enterale (Sondino NG ~ PEG)
 Chemioterapia e/o radioterapia in atto Ossigenoterapia OLT Ventilazione Assistita Dialisi in atto
 Trasfusioni periodiche Terapia infusionale venosa Prelievi venosi periodici programmati
 Cateterismo vesc. Intermittenza Permanenza Catetere sovrapubico Uretero – nefrostomie drenaggi
 Catetere peridurale Tracheotomia Tracheostomia Ileostomia Colostomia ECG periodico
 Catetere Venoso Centrale (CVC) altro specificare:

Supporto sociale

- Vive: Solo Con coniuge Con figli Con genitori Con fratelli Altro _____
 Assistito da: Familiari Altre persone (vicini, badante,...) _____

Paziente trasportabile con mezzi comuni: sì no

PERCORSO RICHIESTO: Assistenza Domiciliare Integrata R S A

Ex art. 26 - Riabilitazione di tipo: residenziale semiresidenziale domiciliare

Attivazione assistenza programmata (compilazione esclusiva da parte del medico di medicina generale) ADP

periodicità	ogni..... giorni <input type="checkbox"/>	settimanale <input type="checkbox"/>	quindicinale <input type="checkbox"/>	mensile <input type="checkbox"/>
durata settimane <input type="checkbox"/> mesi <input type="checkbox"/>	1 anno <input type="checkbox"/>	

Il compilatore

- MMG Medico Ospedaliero Medico del territorio

Cognome e Nome _____

Recapito tel. _____ e-mail _____

Data Timbro e Firma

.....

Spazio per la Asl