SCHEDA DI PROPOSTA PER L'ACCESSO AI SERVIZI TERRITORIALI Distretto socio-assistenziale n. 1 di Cosenza REGIONE CALABRIA – ASP COSENZA

Scheda di proposta di accesso ai servizi territoriali (parte generale da compilare dal richiedente/familiare o persona autorizzata)

Al PUA

Del Comune di	
Distretto socio-assister	nziale n.1 di Cosenza

I/La Richiedente	12	*	
Nome	Cognome	Ses	so: M 🗆 F 🗆
Nato/a a	(Pr	ov) il	
Codice Fiscale		Residente in	
Cap Via			N _ _
Domiciliato (se diverso dalla residen	za) in		*
Via	N. _	Tel./ cell.	
Stato civile: coniugato separa	to 🛘 divorziato 🖟	□ vedovo □ celibe/nu	bile
Convivenza: □ solo □ con figli □	con coniuge 🗆 con	parenti 🗆 con altri 🗆	con coniuge e figli
Abitazione: ☐ di proprietà ☐ in af	fitto al piano n°_	(solo se l'abitazione	è priva di ascensore)
Parte da compilare in caso di istanz amministratore di sostegno, etc) o d a sottoscrivere (art. 4 DPR 445/200	di persona che firm	presentante legale (genit a per impedimento temp	ore,tutore, curatore, poraneo del richiedente
Nome	Cognome		20
Residente in	Via		N
Tel./ cell.			
□ rappresentante legale del richied	ente (specificare) _		
☐ persona che può firmare per imp (specificare grado di parentela)	edimento temporan	eo del richiedente a sotte	oscrivere

Servizio Richiesto:				
☐ Servizio Socio Assistenziale Domicilia ☐ Cure Domiciliari Integrate di primo liv ☐ Cure Domiciliari Integrate di secondo ☐ Cure Domiciliari Integrate di terzo live ☐ Cure Domiciliari Palliative ☐ Cure Domiciliari Prestazionali Cicliche ☐ Assistenza Domiciliare Programmata ☐ Servizio Assistenziale Semiresidenzial ☐ Servizio Assistenziale Residenziale	ello livello ello e		ā	
Altri servizi territoriali (specificare)				
Natura del bisogno: sociale medico di base medico specialistico infermieristico riabilitativo psicologico Altro			<u>-</u>	
Informazioni sul Medico di Medicina G				
NomeCog	nome			
Studio medico in			Via	 N
Tel./ cell.	f •			
Luogo e Data	er /	_		
Firma				
CONSENSO INFORMATO				
ii autorizza il trattamento dei dati ai sensi lel D.Lgs 196/2003 SI NO Allega certificazione ISEE Luogo e Data				
Firma				

Distretto socio-assistenziale n. 1 di Cosenza ASP di Cosenza

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		
Nome(Cognome	Sesso: M 🖸	FO
Nato/a a			
Codice Fiscale			
Cap Via			
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)			2 20
Sede di lavoro	CittàVi	a	_N _
Tel./ cell			
Servizio Richiesto:			
Servizio Socio Assistenziale Domici Cure Domiciliari Integrate di primo Cure Domiciliari Integrate di second Cure Domiciliari Integrate di terzo li Cure Domiciliari Palliative Cure Domiciliari Prestazionali Ciclio Assistenza Domiciliare Programmata Servizio Assistenziale Semiresidenz	livello lo livello ivello che a	8	20.0
Servizio Assistenziale Residenziale	anic .		
Altri servizi territoriali specificare)			

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 limitazione 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

Profilo cognitivo Lucido

- □ Confuso
- ☐ Molto confuso
- Problemi comportamentali

Profilo funzionale

- □ Dipendente
- □ Totalmente dipendente

Profilo sanitario

- □ Ass.bassa
- □ Ass.media
- ☐ Ass.elevata

Profilo mobilità

- ☐ Si sposta da solo con ausili
- ☐ Si sposta assistito
- □ Allettato

Profilo sociale

- □ Ben assistito
- ☐ Parz. Assistito
- □ Non suff.assistito

Programma proposto dal Medico proponente
Accessi MMG/PLS: SI NO Periodicità: Giornaliero Gmensile Gquindicinale Gsettimanale
Accessi infermiere SI NO
Periodicità: 🗆 giornaliero 🗆 mensile 🗀 quindicinale 🗅 settimanale
Accessi fisioterapista SI NO
Periodicità: Dgiornaliero Dmensile Dquindicinale Dsettimanale
Accessi specialista 1 (specificare); SI NO
Periodicità: 🗆 giornaliero 🗆 mensile 🗆 quindicinale 🗆 settimanale
Accessi specialista 2 (specificare
Periodicità: □giornaliero □mensile □quindicinale □settimanale
Accessi psicologo (specificare);
Periodicità: □giornaliero □mensile □quindicinale □settimanale
Accessi altri operatori (specificare);
Periodicità: □giornaliero □mensile □quindicinale □settimanale
Durata presunta dell'intervento (indicare il numero di giorni effettivi)
Obiettivi dell'intervento (sintetica descrizione dei risultati attesi):
DATA FIRMA E TIMBRO con codice reg.

. .