

SSD ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

SEDE Oristano curedomiciliari.oristano@asloristano.it
SEDE Ghilarza curedomiciliari.ghilarza@asloristano.it
SEDE Bosa curedomiciliari.bosa@asloristano.it
SEDE Ales e Terralba curedomiciliari.ales@asloristano.it

**SCHEDA PROPOSITIVA DI ASSISTENZA DOMICILIARE DI BASE
CDB**

NOTA BENE: Prestazione valida solo per persone non altrimenti trasportabili

II MEDICO PROPONENTE Dott. _____ **Tel.** _____

avuto il consenso del paziente e/o dei familiari per le Cure Domiciliari di Base a favore dell'Assistito/o e acquisito il consenso al trattamento dei dati personali nel rispetto della normativa sulla privacy (D.Lgs. 196/2003)

CHIEDE L'ATTIVAZIONE DI ASSISTENZA DOMICILIARE di BASE:

- ☐ ADMP (Assistenza Domiciliare Multiprofessionale)
- ☐ ADP (Assistenza Domiciliare Programmata)
- ☐ ADTA (Assistenza Domiciliare Temporanea per Acuti)
- ☐ ADR (Assistenza Domiciliare Residenziale)

DAL ____/____/____ AL ____/____/____ a favore dell'Assistito

Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____

il ____/____/____; residente a _____ in via _____

n. ____; domicilio (da compilare solo se diverso dalla residenza) _____

CF. _____ Tel. _____

☐ ATTIVAZIONE

☐ RIATTIVAZIONE

☐ PROROGA

☐ MODIFICA

Stato civile: ☐ celibe/nubile ☐ coniugata/o ☐ separata/o ☐ divorziata/o ☐ vedova/o ☐ non dichiarato

Condizioni di vita: ☐ vive solo ☐ vive solo con ass. personale ☐ vive solo con coniuge/partner

☐ vive con genitori ☐ vive con altri familiari ☐ altro _____

☐ vive in struttura residenziale (indicare nome e tipologia) _____

N. Figli _____ di cui conviventi _____ N. Componenti Nucleo Familiare _____

Titolo di studio _____ Condizione Professionale _____

Amministratore di sostegno: SI ☐ NO ☐ Nominativo _____

Assistente non familiare: SI ☐ NO ☐

Familiare di riferimento:

☐ Marito / Moglie

☐ Figlio/a

☐ Nuora/Genero

☐ Altro

Provenienza del paziente: ☐ Domicilio ☐ Dimissione Ospedaliera ☐ Dimissione RSA ☐ Altro _____

Patologia principale e Bisogni _____

AUTONOMIA	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> parzialmente dipendente	<input type="checkbox"/> totalmente dipendente
GRADO DI MOBILITA'	<input type="checkbox"/> si sposta da solo	<input type="checkbox"/> si sposta assistito	<input type="checkbox"/> non si sposta
DISTURBI COGNITIVI	<input type="checkbox"/> assenti/lievi	<input type="checkbox"/> moderati	<input type="checkbox"/> gravi
CONDIZIONE CLINICA	<input type="checkbox"/> stabile	<input type="checkbox"/> instabile	

CADENZA ACCESSI Medico di Medicina Generale: ☐ mensile ☐ quindicinale ☐ settimanale

PIANO DI INTERVENTO - Tipologia e frequenza delle prestazioni da erogare all'assistito:

___/___/___

Medico di Medicina Generale

TIMBRO E FIRMA

Si autorizza il Programma terapeutico proposto

Osservazioni _____

Data ___/___/___

Medico SSD ADI Asl Oristano

Spazio riservato all'ufficio

Note

