

**Asl2**

Sistema Sanitario Regione Liguria

Dipartimento Cure Primarie

Codice pratica SPD																				
Cognome																				
Nome																				
Data di nascita																		Genere:	M	F

**MODD A1**Rev. 1  
13/11/2019  
Pag. 1 a 1**RICHIESTA MEDICA DI VALUTAZIONE PER L'AMMISSIONE ALLA RETE  
DEI SERVIZI DI ASSISTENZA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE****IL/LA SOTTOSCRITTO/A DOTT/SSA:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

In qualità di:  Medico Ospedaliero  Medico curante**Chiede la valutazione, da parte della competente Unità di Valutazione, del/la Sig/ra:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**Domiciliato/a** (se diverso dalla residenza): \_\_\_\_\_**Affetto/a da** \_\_\_\_\_**Ricoverato/a c/o:** \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_**DATA PRESUNTA DELLA DIMISSIONE:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

<b>SOLO PER CURE DOMICILIARI (A.D.I.)</b>	<b>II/la Paziente non deambulante, e/o non trasportabile con mezzi comuni, presenta:</b>			<b>II/la Paziente è portatore di:</b>		
	<input type="checkbox"/> Allergie note	<input type="checkbox"/> Lesioni cutanee		<input type="checkbox"/> S.N.G.		
	<input type="checkbox"/> Disturbo comportamentale	<input type="checkbox"/> Dolore medio/grave		<input type="checkbox"/> PEG		
	<input type="checkbox"/> Compromissione delle ADL	<input type="checkbox"/> Disorientamento spazio-temporale		<input type="checkbox"/> Catetere vescicale		
	<input type="checkbox"/> Incontinenza	<input type="checkbox"/> Tracheostomia		<input type="checkbox"/> CVC		
	<input type="checkbox"/> Difficoltà motoria	<input type="checkbox"/> Infezioni: <input type="checkbox"/> clostridium <input type="checkbox"/> klebsiella		<input type="checkbox"/> Porth <input type="checkbox"/> Picc o Midline		
	<b>II/la Paziente necessita di:</b>					
	<input type="checkbox"/> Medicazioni	<input type="checkbox"/> Gestione nutrizione	<input type="checkbox"/> Gestione catetere vescicale			
	<input type="checkbox"/> Gestione tracheostomia	<input type="checkbox"/> Gestione accessi venosi	<input type="checkbox"/> Intervento riabilitativo			
	<b>Terapia:</b>					

**PER CUI PROPONE:**

<input type="checkbox"/> <b>Ricovero in Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.)</b> Tipologia: <input type="checkbox"/> post acuto/riabilitativo <input type="checkbox"/> mantenimento <input type="checkbox"/> sollievo
<input type="checkbox"/> <b>Ricovero in Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.) - Nucleo Demenze</b> Tipologia: <input type="checkbox"/> post acuto/riabilitativo <input type="checkbox"/> mantenimento <input type="checkbox"/> sollievo
<input type="checkbox"/> <b>Ricovero in Residenza Protetta (R.P.) - Tipologia:</b> <input type="checkbox"/> lungo-assistenza <input type="checkbox"/> sollievo
<input type="checkbox"/> <b>Inserimento in Centro Semiresidenziale (Centro Diurno Alzheimer)</b>
<input type="checkbox"/> <b>Attivazione Cure Domiciliari (A.D.I.):</b> <input type="checkbox"/> Intervento infermieristico <input type="checkbox"/> Intervento riabilitativo
<input type="checkbox"/> <b>Accesso all'ambulatorio ulcere - Savona, via Zara</b> <input type="checkbox"/> <b>IFeC Distretto Sanitario delle Bormide</b>

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma \_\_\_\_\_