

Data di emissione: 15/10/2018

Approvazione: RAQ Bolgia Cristina

Medico: dott. \_\_\_\_\_

Si dichiara che il/la Sig./a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

**E' presente un'assistenza non familiare:**  SI  NO

**Motivazione della proposta di attivazione del servizio:**

- Impossibilità permanente a deambulare (es. portatori di protesi agli arti inferiori con grandi difficoltà a deambulare)
- Impossibilità ad essere trasportata in ambulanza con mezzi comuni (es. paziente non autosufficiente e abitante in un piano alto e senza ascensore)
- Impossibilità ad essere trasportato per gravi patologie che necessitano di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico (es. insufficienza cardiaca a stato avanzato, insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale, arteriopatia obliterante degli arti inferiori con grave limitazione, cerebropatie e cerebrolesioni, con forme gravi e/o tetraplegia)

**Presenta la seguente diagnosi:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**La terapia seguita attualmente è la seguente:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Altre notizie di carattere clinico:**

- problemi psichiatrici (se si specificare tipologia) \_\_\_\_\_
- insonnia
- incontinenza
- altro \_\_\_\_\_

Pressione arteriosa \_\_\_\_\_

Frequenza cardiaca \_\_\_\_\_

<b>AUTONOMIA</b>	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente dipendente <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente
<b>GRADO DI MOBILITA'</b>	<input type="checkbox"/> Si sposta da solo (anche con l'aiuto di ausili) <input type="checkbox"/> Si sposta assistito <input type="checkbox"/> Non si sposta
<b>PRESENZA DI DISTURBI COGNITIVI</b>	<input type="checkbox"/> Assenti o lievi <input type="checkbox"/> Moderati <input type="checkbox"/> Gravi

Data di emissione: 15/10/2018

Approvazione: RAQ Bolgia Cristina

<b>PRESENZA DI DISTURBI COMPORIMENTALI</b>	<input type="checkbox"/> Assenti o lievi <input type="checkbox"/> Moderati <input type="checkbox"/> Gravi
<b>SUPPORTO SOCIALE</b>	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Parziale/temporaneo <input type="checkbox"/> Non presente

Allegato "Elenco prestazioni servizio domiciliare"

Data \_\_\_\_\_

IL MEDICO CURANTE

**Recapito Medico Curante:**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Con la seguente firma dichiaro esplicitamente di aver compreso l'informativa di cui all'art. 13 del Regolamento UE sulla protezione dei dati e sulle modalità di trattamento dei dati personali e sensibili posta in essere dall'A.P.S.P. "S. Spirito – Fondazione Montel" (pubblicata sul sito [www.apsp-pergine.it](http://www.apsp-pergine.it) nonché disponibile presso gli uffici) e di esprimere liberamente il mio consenso al trattamento.

Pergine Valsugana, .....

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione della presenta informativa

\_\_\_\_\_

**PARERE DEL COORDINATORE MEDICO**

Dal punto di vista sanitario, si ritiene che la persona presentata possa essere presa in carico del Servizio Domiciliare dell'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "S. Spirito – Fondazione Montel" di Pergine Valsugana.

IL MEDICO COORDINATORE

\_\_\_\_\_

Pergine, \_\_\_\_\_