

MODULO 3 – RICHIESTA DI VALUTAZIONE

**RICHIESTA MEDICA DI VALUTAZIONE
PER L'AMMISSIONE AI SERVIZI SOCIO SANITARI TERRITORIALI
PER PAZIENTI NON AUTOSUFFICIENTI¹**

ALL'ATTENZIONE DI:

(barrare un solo destinatario)

Distretto Sanitario di: Imperia Sanremo Ventimiglia

Direzione Sanitaria Stabilimento Ospedaliero di: Imperia Sanremo Bordighera

Il sottoscritto: _____ (cognome e nome in stampatello)

Medico di medicina generale (MMG) - Pediatra di Libera Scelta (PLS) - Medico di Continuità Assistenziale

Direttore di Struttura Complessa (o suo delegato) dell'Ospedale _____

Responsabile sanitario (o suo delegato) della R.S.A. _____

Altro (specificare) _____

PROPONE *:

Ricovero per soggetto anziano non autosufficiente presso:

R.S.A. _____ (specificare)

R.P. (Residenza Protetta Accreditata) **

Ricovero per soggetto diversamente abile presso:

Centro Residenziale/Semiresidenziale _____ (specificare)

Ricovero presso:

HOSPICE COSTARAINERA

ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) per:

Prestazioni infermieristiche (specificare): _____

Prestazioni fisioterapiche (specificare): _____

Specificare se si ritiene necessario anche aiuto domestico e familiare NO SI

▶ **Accessi domiciliari del Medico Medicina Generale/PLS: N°:** _____ (a cura del MMG/PLS)

ADP (Assist. Domic. Programm. del MMG/PLS): mensile quindicinale settimanale (a cura del MMG/PLS)

ADR (Assist. Domic. del MMG c/o ospiti Residenze Protette)

AIUTO DI TIPO SOCIALE NON ABBINATO AD INTERVENTI SANITARI PROGRAMMATI

Specificare se già compilato e per cosa il modulo prescrittivo aziendale per AUSILI (letti, carrozzine etc):

NO SI: _____

* Nel caso si ritengano praticabili diverse soluzioni assistenziali, specificarne l'ordine di priorità (inserendo nei quadratini grandi rispettivamente i numeri 1, 2, 3... ed indirizzare la proposta al destinatario della soluzione prioritaria).

** L'utente formulerà le proprie preferenze in allegato a parte presso lo Sportello Unico o le Direzioni Sanitarie

per il/la sig/ra _____ (cognome e nome)

C.F.

nat ___ a _____ il _____

residente a: via _____ C.A.P. _____

Comune/Località _____

TELEFONO dell'interessato e/o suo familiare referente: _____

Attualmente ricoverato presso:

domicilio diverso dalla residenza (specificare):

Stabilimento Ospedaliero: _____

Reparto: _____

Dal: _____

Struttura Socio-sanitaria : _____

Dal: _____

Data presunta di dimissione: _____

Diagnosi clinica:

► **Data:** _____

► **Timbro e Firma del Medico Proponente**

► **Firma dell'utente***

*Con tale firma l'utente esprime il proprio consenso all'ammissione ai servizi richiesti

SEZIONE DI AUTORIZZAZIONE CURE DOMICILIARI²

<p>A cura del Distretto Sanitario</p> <p>Si autorizza:</p> <p><input type="checkbox"/> ADI Accessi MMG/PLS N° /.....</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> prestazioni infermieristiche</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> prestazioni fisioterapiche</p> <p><input type="checkbox"/> ADP Accessi autorizzati N° /mensili</p> <p><input type="checkbox"/> ADR</p> <p>a partire dal: _____ (data)</p> <p>Data:</p> <p>Timbro e Firma</p>	<p>A cura del Medico curante MMG/PLS (se diverso dal proponente)</p> <p>Per accettazione</p> <p>Data:</p> <p>Timbro e Firma</p>
--	--

¹ Il presente modulo si utilizza per proporre interventi residenziali, semiresidenziali e domiciliari per soggetti non autosufficienti.

² Da comunicarsi a norma degli allegati G, H (convenzione Medicina Generale) ed allegato E (Pediatria).