



DISTRETTO DI TIVOLI G3

Richiesta di attivazione di percorso residenziale, semiresidenziale, domiciliare per persone non autosufficienti, anche anziane e per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale

Cognome _____	Nome _____	Sesso F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Luogo di nascita _____		Data di nascita _____
Indirizzo (residenza) _____		
Indirizzo di domicilio (se diverso da quello di residenza) _____		
Codice Fiscale _____	Telefono _____	
Comune di residenza _____	Municipio [] [] [] (solo per Roma)	
Persona di riferimento) _____ (specificare se familiare o altro)		
Cognome _____	Nome _____	Recapito telefonico _____

Diagnosi e descrizione problema principale _____

Altre condizioni cliniche:

- diabete cardiopatia insufficienza cardiaca malattie vascolari insufficienza respiratoria epatopatie non alcoliche
 epatopatie alcoliche esiti frattura femore esiti altre patologie ortopediche malattie osteomuscolari neoplasie esiti di ictus
 demenza altre malattie neurologiche disturbi sensoriali paralisi cerebrali infantile malattia psichiatrica disabilità intellettiva
 disturbo generalizzato dello sviluppo
 altro _____

Terapie in atto:

CONDIZIONI CLINICHE ATTUALI (dati di rilievo)

Stabilità clinica <input type="checkbox"/> Stabile <input type="checkbox"/> Moderatamente instabile <input type="checkbox"/> Instabile
Stato di coscienza Orientato <input type="checkbox"/> nello spazio <input type="checkbox"/> nel tempo <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Soporoso <input type="checkbox"/> Stuporoso <input type="checkbox"/> Coma
Disturbi cognitivi <input type="checkbox"/> Assenti/Lievi <input type="checkbox"/> Moderati <input type="checkbox"/> Gravi
Disturbi comportamentali <input type="checkbox"/> Assenti/Lievi <input type="checkbox"/> Moderati <input type="checkbox"/> Gravi
Dolore 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 (0=assenza di dolore; 10=massimo dolore immaginabile)
Mobilità <input type="checkbox"/> Indipendente (anche con carrozzina) <input type="checkbox"/> Cammina con l'aiuto di una persona <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente (allettato o carrozzina spinta da altri)
Alimentazione <input type="checkbox"/> Si alimenta autonomamente <input type="checkbox"/> Necessita di assistenza per alimentarsi <input type="checkbox"/> Rifiuta di alimentarsi
Supporto sociale

AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 5

Distretto Sanitario di Tivoli
Piazza Massimo 1 00019 Tivoli
Tel.: 0774/704772- Fax : 0774/317139
distretto.tivoli@aslromag.it

REGIONE
LAZIO

Vive: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con coniuge <input type="checkbox"/> Con figli <input type="checkbox"/> Con genitori <input type="checkbox"/> Con fratelli <input type="checkbox"/> Altro _____
Assistito da: <input type="checkbox"/> Familiari <input type="checkbox"/> Altre persone (vicini, badante,...) _____
Paziente trasportabile <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

Necessità assistenziali			
<input type="checkbox"/> Chemio/radioterapia	<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia (OLT)	<input type="checkbox"/> Ventilazione meccanica assistita	<input type="checkbox"/> Drenaggi
<input type="checkbox"/> Broncoaspirazione/drenaggio posturale	<input type="checkbox"/> Dialisi	<input type="checkbox"/> Emotrasfusione periodica	<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> NAD <input type="checkbox"/> SNG
<input type="checkbox"/> Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> a permanenza <input type="checkbox"/> a intermittenza	<input type="checkbox"/> Catetere sovrapubico	<input type="checkbox"/> Catetere Venoso Centrale <input type="checkbox"/> Catetere peridurale
<input type="checkbox"/> Tracheostomia	<input type="checkbox"/> Uretronefrostomia	<input type="checkbox"/> Ileostomia	<input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Ulcere cutanee
<input type="checkbox"/> Altro _____			

Percorso richiesto:

residenziale

semiresidenziale

domiciliare

Data _____

Il compilatore	
<input type="checkbox"/> MMG/PLS	Cognome _____ Nome _____ Recapito tel _____ e-mail _____
<input type="checkbox"/> Medico ospedaliero	Cognome _____ Nome _____ Ospedale _____ Unità Operativa _____ Recapito tel _____ e-mail _____
Timbro e Firma _____	