

Azienda USL Distretto Identificativo Episodio

Cognome e Nome dell' Assistito

Sesso M F CODICE FISCALE

Luogo di nascita Data di nascita

Stato civile : Celibe/nubile Coniugato/a Separato/a Divorziato/a Vedovo/a Non Dichiarato

Domicilio di Assistenza	Personae conviventi
Nome sul Campanello	N° Telefono di casa
E' presente un assistente non familiare <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	N° componenti nucleo familiare (escluso l' assistito ed eventuale assistente convivente):
Nome Familiare di riferimento	N° Telefono
Nome Care Giver	N° Telefono

Proposta motivata di intervento del medico di scelta Dott.

Segnalazione effettuata da: Ospedale 1 Hospice 2 MMG 3 Paziente/Familiare 4

UVM 5 Struttura Residenziale 6 Servizi Sociali 7

PATOLOGIA PRINCIPALE CHE DETERMINA L'ASSISTENZA DOMICILIARE	PATOLOGIA SECONDARIA
--	-----------------------------

Livello assistenziale PROPOSTO dal MMG 1 2 3 Punteggio KARNOFSKY <50 Data

Timbro e firma del MMG CODICE REGIONALE

(parte riservata alla A.USL)

VISTO SI AUTORIZZA	CONTRATTO ADI attivo dal		LIVELLO ASSISTENZIALE concordato
	valido finchè persistono i criteri previsti dal Documento Aziendale sulle Cure Domiciliari		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	PATOLOGIA PRINCIPALE : CODICE ICD IX		
	PATOLOGIA CONCOMITANTE: CODICE ICD IX		

VISTO NON SI AUTORIZZA (motivazione):

IL ROAD Firma DATA

MOTIVAZIONE DI ATTIVAZIONE ADI: 10 20 30 40 50 60 70 80

Altro (specificare) 90