Regione Emilia Romagna
Servizio Sanitario Nazionale

Azienda USL | **Distretto** | **Identificativo episodio**

ADR
Assistenza Domiciliare Residenziale

SCHEDA DI ASSISTENZA IN RESIDENZE NON PROTETTE O NON CONVENZIONATE

del _ signor _ (Cognome e nome) ……. ……

Data di nascita (data (GG.MM.AAAA))

codice fiscale

Residenza ……;

Domicilio di assistenza .....;

Casa di Riposo ……...;

Stato civile: Celibe/Nubile 1 | Coniugato/ 2 | Separato/a 3 | Divorziato/ 4 | Vedovo/a 5 | Non dichiarato 6

Assistente non familiare convivente: Presente 1 | NON Presente 2 | **Nucleo familiare convivente:** N°persone

Proposta motivata di intervento del **medico di scelta Dott.** .....;

Segnalazione effettuata da: Ospedale 1 | Hospice 2 | Medico di Medicina Generale 3 | Paziente/familiare 4 | UVM 5 | Strutture 6 | Servizi Sociali 7

MOTIVAZIONE PER ASSISTENZA a DOMICILIO (ADP)

- ☐ a) impossibilità permanente a deambulare (es. portatori di protesi agli arti inferiori con grandi difficoltà a camminare)
- ☐ b) impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni (paz. non autosufficiente o paziente abitante in un piano alto e senza ascensore)
- ☐ c) impossibilità per gravi patologie che necessitino di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico, quali:
  - insufficienza cardiaca in stadio avanzato;
  - insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale;
  - arteriopatia obliterante degli arti inferiori in stadio avanzato;
  - gravi artropatie degli arti inferiori con grave limitazione;
  - cerebropatici e cerebrolesi, con forme gravi;
  - tetraplegici;
- ☐ d) bisogno socio-assistenziale

PATOLOGIA PRINCIPALE (A CURA DELLA AUSL) * (ICD-IX)
CHE DETERMINA LA NECESSITA' DELL'ASSISTENZA

.....

PATOLOGIA CONCOMITANTE (A CURA DELLA AUSL) * (ICD-IX)

.....

ACCESSI MENSILI PROPOSTI 1 2 3 4

data (GG.MM.AAAA)

Firma del medico proponente

Codice regionale

.....

*codice a disposizione della AUSL per eventuali indagini mirate

(SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA USL)

ACCESSI CONCORDATI:

1 2 3 4 | data dell'intesa | data della scadenza | firma del medico del distretto .....

PROGRAMMA ASSISTENZIALE CONCORDATO ED EVENTUALI SUPPORTI

- ☐ Prestazioni di particolare impegno professionale -P.P.I.P.- (specificare); ……
- ☐ Consulti con specialisti (specificare): ……
- ☐ Altro (specificare): ……

VARIAZIONI ACCESSI CONCORDATI

1 2 3 4 | data dell'intesa | data della scadenza | firma del medico proponente .....

firma del medico del distretto .....