



**SCHEDA DEL MEDICO**

**per l'attivazione dell'Unità di Continuità MultiDimensionale**

( da allegare alla scheda di valutazione medica)

Signor /a \_\_\_\_\_

**SERVIZI PROPOSTI**

**ASSISTENZA INFERMIERISTICA**

Problema/i in atto \_\_\_\_\_

Valutazione e/o intervento \_\_\_\_\_

Intervento estemporaneo       Intervento continuativo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

da eseguirsi presso:     ambulatorio (ove disponibile)     domicilio per pazienti non deambulabili

<input type="checkbox"/> Terapie	tipo di farmaco	posologia	via di somministrazione	durata	controllo	educazi.	somminis.
	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medicazione:    sede/i \_\_\_\_\_

tipo di lesione/i \_\_\_\_\_

come da protocollo per trattamento lesioni cutanee (dove esistente)

altro \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONI / INTERVENTI MIRATI**

Fisiatra      Motivo: \_\_\_\_\_

Geriatra      \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

**SUPPORTO SOCIO-ASSISTENZIALE**

- Aiuto alla persona*
  - Cure igieniche parziali
  - Bagno assistito
  - Aiuto domestico
  - Pasti a domicilio
  - Commissioni varie (spesa, farmacia)

*Problema/i in atto:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Sostegno alla famiglia*

*Pratiche di segretariato sociale*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ATTIVAZIONE TELESOCORSO** (dove disponibile) \_\_\_\_\_

**INSERIMENTO in STRUTTURE RESIDENZIALI o SEMIRESIDENZIALI**

- Centro Diurno Integrato
- Appartamento Protetto
- Ricovero di Sollievo
- Istituto di Riabilitazione
- Residenza Sanitario Assistenziale
- Hospice
- Ammissione protetta unità operativa ospedaliera
- \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE per ACCESSI del MMG/PDLS in regime di ADI**

Come da ex allegato H contratto collettivo nazionale

*Motivo della richiesta:*

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

*Intervento proposto:*

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

*Frequenza proposta:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma del Medico)