

Al Responsabile del Distretto di _____
A.U.S.L. N° _____

Il sottoscritto/a _____ in
qualità di (*) _____ reperibile
al seguente indirizzo: _____
Tel. _____/_____

CHIEDE

per il/la paziente _____ nato/a a
_____ il ___/___/___ residente in _____
via _____ n. _____ tel. _____/_____
l'assistenza domiciliare integrata (A.D.I.).

Si specifica che il medico di medicina generale dell'assistito/a è il dottore (**)
_____ reperibile presso il seguente indirizzo

_____ tel. _____/_____ cell. _____/_____ fax _____/_____
e-mail _____.

Si allega relazione della storia clinica dell'assistito/a quanto più dettagliata possibile dalla
quale si evincono le attuali condizioni cliniche.

Firma del richiedente

Firma e timbro del medico curante

(*) *specificare Se : medico di medicina generale o altro sanitario e a quale struttura appartiene; parente e grado di parentela con il paziente; operatore di altro servizio territoriale e specificare quale; operatore di un ente locale e specificare quale; appartenente ad una associazione di volontariato e specificare quale; altro.*

(**) *qualora fosse diverso dal richiedente.*

Data ___/___/_____

SCREDA ANAMNESTICA RIEPILOGATIVA

PAZIENTE _____ DATA NASCITA ____/____/____ ETA' ____

DIAGNOSI: _____

INTERVENTO CHIRURGICO: SI NO CHEMIOTERAPIA: NO SI → IN ATTO SI NO
 RADIOTERAPIA: NO SI → IN ATTO SI NO

DOLORE: SI NO TERAPIA DEL DOLORE SI NO DOLORE CONTROLLATO SI NO

IL PAZIENTE E': COSCIENTE ASSOPITO STUPOROSO COMA

IL PAZIENTE E' CONSAPEVOLE DELLA SUA MALATTIA: SI NO

IL PAZIENTE SI ALIMENTA DA SOLO: SI NO NUTRIZIONE PARENTERALE

NUTRIZIONE ENTERALE

IN ATTO PRESENTA PRESENTA : CATETERE VENOSO CENTRALE PORT SOTTOCUTANEO

MOBILITA': NORMALE DEAMBULA CON AUTO COSTRETTO SULLA SEDIA ALLETTATO

TERAPIA RIABILITATIVA IN ATTO: SI NO

INCONTINENZA URINARIA: SI NO CATETERE VESCICALE: SI NO

INCONTINENZA FECALE SI NO

OSSIGENOTERAPIA: NO SI PERMANETE <15ore OCCASIONALE

PIAGHE DA DECUBITO: SI NO

DEFICIT DELL'UDITO: NO SI CORRETTO SI NO

DEFICIT DELLA VISTA: NO SI CORRETTO SI NO

EMOGASANALISI: SI valori PCO₂ _____ PO₂ _____ PH _____ NO

SPIROMETRIA PATOLOGICA: SI NO

PRINCIPALI RILIEVI EMATOCHIMICI E/O STRUMENTALI: _____

ANNOTAZIONI DI PARTICOLARE INTERESSE PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE

Il Medico di Medicina Generale

ADI GERIATRICA

ADI ONCOLOGICA

ADI PNEUMOLOGICA

ADI ENTERALE

ADI PARENTALE

ADI PEDIATRICA

Il Medico Responsabile di Medicina di Base

**Karnofsky
Performance
Status**

(*1): saltuari, non condizionanti supporto terapeutico continuativo
 (*2): saltuari o costanti condizionanti spesso supporto terapeutico
 (*3): costanti invalidanti condizionanti supporto terapeutico

ATTIVITA' LAVORATIVA	ATTIVITA' QUOTIDIANA	CURA PERSONALE	SINTOMI SUPPORTO SANITARIO	%
Completa	Completa	Completa	Nessuno	100
Lieve difficoltà	Lieve difficoltà a camminare	Completa	Segni/ sintomi "minori" (*1) ± calo ponderale ≤ 5% ± calo energie	90
Difficoltà Lieve → grave	Difficoltà Lieve → moderata a camminare e/o guidare	Lieve difficoltà	"Alcuni" (*2) segni/ sintomi ± calo ponderale ≤ 10% Moderata ↓ energia	80
Inabile	Difficoltà moderata (si muove prevalentemente a casa)	Moderata difficoltà	"Alcuni" (*3) segni/ sintomi ± grave ↓ energia	70
	Grave difficoltà a camminare e guidare	Difficoltà moderata → grave	segni/ sintomi maggiori ± grave calo pond > 10%	60
	Alzato per più del 50% delle ore diurne	Grave difficoltà	Supporto sanitario frequente (paz. Ambulatoriale)	50
	Alzato per più del 50% delle ore diurne	Limitata cura di se	Assistenza sanitaria straordinaria (per frequenza e tipo di interventi)	40
	Inabile	Inabile	Indicazione a ricovero o ospedalizzazione a domicilio Supporto sanitario molto intenso (presidi tecn.-strum.)	30
			Grave compromissione di una o più funzioni organiche vitali (respiratoria, renale, cardiocircolatoria) irreversibile	20
			Rapida progressione dei processi biologici mortali	10
		Morte	0	