

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	