SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CROTONE

REGIONE CALABRIA

DISTRETTO DI CROTONE

SCHEDA DI PROPOSTA DI ACCESSO AI SERVIZI TERRITORIALI

(parte sanitaria da compilare da parte del medico proponente)

PUA (Punto Unico di Accesso) di

_____

Dati dell'assistito per il quale si richiede il servizio

Nome_____ Cognome_____ Sesso: M☐ F☐

Nato/a _____ (Prov.____) il_____

Cod.fisc. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Residente in _____

Cap._____ Via _____N°_____

Dati del medico proponente il servizio

Nome _____ Cognome _____

☐ Medico di Medicina Generale

☐ Pediatra di Libera Scelta

☐ Medico Specialista Ospedaliero

☐ Medico Specialista Territoriale

☐ Medico di Continuità Assistenziale

☐Altro(specificare)_____

Sede di lavoro _____Città _____

Via _____ N°_____Tel/cell. _____

Servizio Richiesto:

☐ Servizio Socio Assistenziale Domiciliare

☐ Cure Domiciliari Integrate di primo livello

☐ Cure Domiciliari Integrate di secondo livello

☐ Cure Domiciliari Integrate di terzo livello

☐ Cure Domiciliari Palliative

☐ Cure Domiciliari Prestazionali Cliniche

☐ Assistenza Domiciliare Programmata

☐ Servizio Assistenziale Semiresidenziale

☐ Servizio Assistenziale Residenziale

Altri servizi territoriali (specificare) _____

_____

Motivo della richiesta

☐ **deficit della deambulazione** *(specificare)*_____

_____

☐ **impossibilità ad accedere in ambulatorio pur senza deficit della deambulazione** *(specificare)*

_____

_____

☐ **non autosufficienza**

☐ **presenza di gravi patologie che necessitano di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico** *(specificare)*

- ☐ malati terminali (oncologici e non)
- ☐ gravi fratture (in anziani)
- ☐ malattia vascolare acuta;
- ☐ insufficienza cardiaca in stato avanzato;
- ☐ insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale;
- ☐ grave artropatia degli arti inferiori con gravi limitazioni;
- ☐ arteriopatia obliterante degli arti inferiori con gravi limitazioni;
- ☐ cerebropatia e/o cerebroleso con forme gravi;
- ☐ paraplegico e/o tetraplegico;
- ☐ fasi avanzate e complicate di malattie croniche;
- ☐ pazienti con necessità di nutrizione artificiale parenterale;
- ☐ pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
- ☐ pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza;

☐ **dimissione protetta da Struttura Ospedaliera**

☐ **altro** _____

DIAGNOSI DETTAGLIATA E SINTESI DEI PROBLEMI SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI

PROFILO DELL'AUTONOMIA (INDICARE CON UNA X)

Profilo cognitivo

- ☐ lucido
- ☐ confuso
- ☐ molto confuso e stuporoso
- ☐ problemi comportamentali prevalenti

Profilo mobilità

- ☐ si sposta da solo
- ☐ si sposta assistito

Profilo funzionale

- ☐ autonomo o quasi
- ☐ dipendente
- ☐ totalmente dipendente

Profilo sanitario

- ☐ bassa
- ☐ intermedia
- ☐ elevata

Profilo sociale

- ☐ ben assistito
- ☐ parzialmente assistito
- ☐ non sufficientemente assistito

Programma proposto del Medico proponente

Accessi MMG/PLS: ☐ **SI** ☐ **NO**
Periodicità: ☐ giornaliero ☐ mensile ☐ quindicinale ☐ settimanale

Accessi Infermiere: ☐ **SI** ☐ **NO**
Periodicità: ☐ giornaliero ☐ mensile ☐ quindicinale ☐ settimanale

Accessi Fisioterapista: ☐ **SI** ☐ **NO**
Periodicità: ☐ giornaliero ☐ mensile ☐ quindicinale ☐ settimanale

Accessi operatore sociale: ☐ **SI** ☐ **NO**
Periodicità: ☐ giornaliero ☐ mensile ☐ quindicinale ☐ settimanale

Accessi specialista 1: ☐ **SI** ☐ **NO**
(specificare_____) Periodicità: ☐ giornaliero ☐ mensile ☐ quindicinale ☐ settimanale

Accessi specialista 2: ☐ **SI** ☐ **NO**
(specificare_____) Periodicità: ☐ giornaliero ☐ mensile ☐ quindicinale ☐ settimanale

Accessi psicologici: ☐ **SI** ☐ **NO**
(specificare_____) Periodicità: ☐ giornaliero ☐ mensile ☐ quindicinale ☐ settimanale

Accessi altri operatori: ☐ **SI** ☐ **NO**
(specificare_____) Periodicità: ☐ giornaliero ☐ mensile ☐ quindicinale ☐ settimanale

Durata presunta dell'intervento *(indicare il numero dei giorni effettivi):* _____

Obiettivi dell'intervento *(sintetica discrezione dei risultati attesi)* _____
_____
_____
_____
_____
_____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

DATA: _____ _____