

COMUNE DI SAN MARCO ARGENTANO

PROVINCIA DI COSENZA

Al PUA

Comune di _____

Ambito distrettuale _____

Dati dell'assistito per la quale si richiede il servizio

Nome _____ Cognome _____ sesso **M** ☐ **F** ☐

Noto/a a _____ (Prov. _____) il _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Residente in _____

Cap. _____ Via _____ N. _____

Recapito telefonico _____

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 _____

Tel./ cell. _____

- ☐ Servizio Socio Assistenziale Domiciliare
- ☐ Cure Domiciliari Integrate di Primo Livello
- ☐ Cure Domiciliari Integrate di Secondo Livello
- ☐ Cure Domiciliari Integrate di Terzo Livello
- ☐ Cure Palliative
- ☐ Cure Domiciliari Prestazioni Cicliche
- ☐ 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 dal 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 in stato avanzato ;
- ☐ Arteriopatia obliterante degli arti inferiori con gravi limitazioni;
- ☐ Cerebropatia e/o cerebroleso con forme gravi;
- ☐ Paraplegico e/o tetraplegico ;
- ☐ Malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA distrofia muscolare);
- ☐ Fasi avanzate e complicate di altre malattie croniche;
- ☐ Pazienti con necessità di nutrizione artificiale parentale ;
- ☐ Pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
- ☐ Pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza;
- ☐ Dimissione protetta da Strutture Ospedaliera;
- ☐ Altro _____

DIAGNOSI DETTAGLIATA E SINTESI DEI PROBLEMI SANITARI E SOCIO ASSISTENZIALI
--

PROFILO DELL'AUTONOMIA INDICARE CON UNA X

Profilo cognitivo

☐ Lucido

Profilo mobilità

☐ Si sposta da solo

Profilo funzionale

☐Autonomo o quasi

☐ Confuso ☐ Si sposta assistito ☐ Dipendente
☐ Molto confuso o stuporoso ☐ Totalmente dipendente

☐ Problemi comportamentali prevalenti

Profilo sanitario

☐ Bassa
☐ Intermedia
☐ Elevata

Profilo sociale

☐ assistito
☐ paziente assistito
☐ non sufficientemente assistito

Programma proposto dal 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 (specificare) si ☐ no ☐

Periodicità: ☐ giornaliero ☐ mensile ☐ quindicinale ☐ settimanale

Accessi specialista 2 (specificare) si ☐ no ☐

Periodicità: ☐ giornaliero ☐ mensile ☐ quindicinale ☐ settimanale

Accessi psicologici (specificare) si ☐ no ☐

Periodicità: ☐ giornaliero ☐ mensile ☐ quindicinale ☐ settimanale

Accessi altri operatori (specificare)

Periodicità: ☐ giornaliero ☐ mensile ☐ quindicinale ☐ settimanale

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

Obbiettivi dell'intervento (sintetica descrizione dei risultati attesi):

Data _____

Timbro e Firma del Medico
