



Deficit della deambulazione (specificare)

---

Impossibilità ad accedere in ambulatorio pur senza deficit della deambulazione (specificare)

---

---

non autosufficienza

presenza di gravi patologie che necessitano o 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 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 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 cognitivo**

- lucido
- confuso
- molto confuso o stuporoso
- problemi comportamentali prevalenti

**Profilo mobilità**

- si sposta da solo
- si sposta assistito
- non si sposta

**Profilo funzionale**

- autonomo o quasi
- dipendente
- totalmente dipendente

**Profilo sanitario**

- bassa
- intermedia
- elevata

**Profilo sociale**

- ben assistito
- parzialmente 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 (specificare \_\_\_\_\_):  SI  NO

Periodicità:  giornaliero  mensile  quindicinale  settimanale

Accessi specialista 2 (specificare \_\_\_\_\_):  SI  NO

Periodicità:  giornaliero  mensile  quindicinale  settimanale

Accessi psicologi (specificare \_\_\_\_\_):  SI  NO

Periodicità:  giornaliero  mensile  quindicinale  settimanale

Accessi altri operatori (specificare \_\_\_\_\_):  SI  NO

Periodicità:  giornaliero  mensile  quindicinale  settimanale

Data presunta dell'intervento (indicare il numero dei giorni effettivi |\_|\_|\_|\_|\_|)

**Obiettivi dell'intervento** (sintetica descrizione dei risultati attesi):

---



---



---



---

Data: |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|

Timbro e Firma del Medico