

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

Prot. n. 0012288 del 26-09-2019 in arrivo

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

Prot. n. 0012288 del 26-09-2019 in arrivo

