

☐ 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

REGIONE CALABRIA – ASP RC UVM Distretto Reggio Calabria**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 proponenteAccessi MMG/PLS: ☐ SI ☐ NOPeriodicità: ☐ giornaliero ☐ mensile ☐ quindicinale ☐ settimanaleAccessi infermiere: ☐ SI ☐ NOPeriodicità: ☐ giornaliero ☐ mensile ☐ quindicinale ☐ settimanaleAccessi fisioterapista: ☐ SI ☐ NOPeriodicità: ☐ giornaliero ☐ mensile ☐ quindicinale ☐ settimanaleAccessi operatore sociale: ☐ SI ☐ NOPeriodicità: ☐ giornaliero ☐ mensile ☐ quindicinale ☐ settimanaleAccessi specialista (specificare _____): ☐ SI ☐ NOPeriodicità: ☐ giornaliero ☐ mensile ☐ quindicinale ☐ settimanaleAccessi specialista 2 (specificare _____): ☐ SI ☐ NOPeriodicità: ☐ giornaliero ☐ mensile ☐ quindicinale ☐ settimanaleAccessi psicologi (specificare _____): ☐ SI ☐ NOPeriodicità: ☐ giornaliero ☐ mensile ☐ quindicinale ☐ settimanaleAccessi altri operatori (specificare _____): ☐ SI ☐ NOPeriodicità: ☐ 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
