


**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**

 Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI – Tel. 0746 2781  
 Codice Fiscale e Partita IVA 00821180577

**Modello unico per attivazione ADI / ADP / RSA / Riabilitazione Ex art. 26 / Disabilità**

Cognome _____	Nome _____	Sesso F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Luogo di nascita _____		data di nascita _____
Codice Fiscale _____		Comune di residenza _____
Indirizzo (di residenza) _____		
Indirizzo completo di domicilio (se diverso da quello di residenza) _____		
Telefono _____		
Persona di riferimento _____		
<small>(Specificare se familiare o altro)</small>		
Recapiti telefonici _____		

 Diagnosi e Descrizione problema principale .....  
 .....  
 .....  
 .....

 STATO DELLA MALATTIA (indicare in caso di malattia neoplastica): malattia loco-regionale  malattia metastatica  cachessia 

<b>Altre condizioni cliniche</b>			
<input type="checkbox"/> diabete	<input type="checkbox"/> cardiopatia	<input type="checkbox"/> insufficienza cardiaca	<input type="checkbox"/> malattie vascolari
<input type="checkbox"/> epatopatie non alcoliche	<input type="checkbox"/> epatopatie alcoliche	<input type="checkbox"/> esiti frattura femore	<input type="checkbox"/> insufficienza respiratoria
<input type="checkbox"/> malattie osteomuscolari	<input type="checkbox"/> neoplasie	<input type="checkbox"/> esiti di ictus	<input type="checkbox"/> esiti altre patologie ortopediche
<input type="checkbox"/> altre malattie neurologiche	<input type="checkbox"/> malattia psichiatrica	<input type="checkbox"/> demenza	<input type="checkbox"/> disturbi sensoriali
<input type="checkbox"/> altro _____	<input type="checkbox"/> disabilità intellettiva	<input type="checkbox"/> paralisi cerebrale infantile	<input type="checkbox"/> disturbo generalizzato dello sviluppo

 Terapia in atto .....  
 .....  
 .....

CONDIZIONI CLINICHE ATTUALI (dati di rilievo)	
<b>Stabilità clinica</b>	
<input type="checkbox"/> Stabile	<input type="checkbox"/> Moderatamente instabile
<input type="checkbox"/> Instabile	
<b>Stado di Coscienza</b>	
Orientato <input type="checkbox"/> nello spazio	<input type="checkbox"/> nel tempo
<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Soporoso
<input type="checkbox"/> Stuporoso	<input type="checkbox"/> Coma
<b>Disturbi Cognitivi</b>	
<input type="checkbox"/> Assenti / Lievi	<input type="checkbox"/> Moderati
<input type="checkbox"/> Gravi	
<b>Disturbi Comportamentali</b>	
<input type="checkbox"/> Assenti / Lievi	<input type="checkbox"/> Moderati
<input type="checkbox"/> Gravi	
<b>Dolore</b>	
0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 (0=assenza di dolore; 10=massimo dolore immaginabile)	
<b>Mobilità</b>	
<input type="checkbox"/> Indipendente	<input type="checkbox"/> Cammina con l'aiuto di una persona
<input type="checkbox"/> Totalmente dipendente (allettato o carrozzina spinta da altri)	
<b>Alimentazione</b>	
<input type="checkbox"/> Si alimenta autonomamente	<input type="checkbox"/> Necessita di assistenza per alimentarsi
<input type="checkbox"/> Rifiuta di alimentarsi	

**Necessità assistenziali particolari** (indicare tutte quelle presenti)

Ulcere cutanee da qualsiasi causa     Nutrizione Parenterale     Nutrizione enterale (Sondino NG ~ PEG)  
 Chemioterapia e/o radioterapia in atto     Ossigenoterapia OLT     Ventilazione Assistita     Dialisi in atto  
 Trasfusioni periodiche     Terapia infusionale venosa     Prelievi venosi periodici programmati  
 Cateterismo vesc.  Intermittenza     Permanenza     Catetere sovrapubico     Uretero – nefrostomie     drenaggi  
 Catetere peridurale     Tracheotomia     Tracheostomia     Ileostomia     Colostomia     ECG periodico  
 Catetere Venoso Centrale (CVC)     altro    specificare: .....  
 .....  
 .....

**Supporto sociale**

Vive:  Solo     Con coniuge     Con figli     Con genitori     Con fratelli     Altro \_\_\_\_\_

Assistito da:  Familiari     Altre persone (vicini, badante,...) \_\_\_\_\_

**Paziente trasportabile con mezzi comuni:**    sì     no

**PERCORSO RICHIESTO:**    Assistenza Domiciliare Integrata     R S A

Ex art. 26 - Riabilitazione di tipo:    residenziale     semiresidenziale     domiciliare

**Attivazione assistenza programmata (compilazione esclusiva da parte del medico di medicina generale) ADP**   

periodicità	ogni..... giorni <input type="checkbox"/>	settimanale <input type="checkbox"/>	quindicinale <input type="checkbox"/>	mensile <input type="checkbox"/>
durata	..... settimane <input type="checkbox"/>	..... mesi <input type="checkbox"/>	1 anno <input type="checkbox"/>	

**Il compilatore**

MMG     Medico Ospedaliero     Medico del territorio

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Recapito tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Data ..... Timbro e Firma \_\_\_\_\_

.....

Spazio per la Asl