

**ISTANZA/ATTESTAZIONE PER L'ATTIVAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI/RESIDENZIALI  
E SEMI-RESIDENZIALI**

**Al Punto Unico di Accesso Distretto di:** \_\_\_\_\_

*Compilata a cura del medico curante o del medico del Presidio Ospedaliero*

Il sottoscritto Medico (MMG/PLS/Ospedaliero) Dott.re \_\_\_\_\_

- MMG del Distretto di \_\_\_\_\_
- Medico in servizio presso il reparto \_\_\_\_\_ del P.O. \_\_\_\_\_

Tel./cell \_\_\_\_\_

A seguito della visita medica da me effettuata e/o della documentazione clinica in mio possesso, relativa a:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_ sesso \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

domiciliato a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

es. ticket \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ tes.san. \_\_\_\_\_ si rileva quanto segue:

**Cenni anamnestici sui problemi clinici:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Trattamenti in atto:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bisogni assistenziali generali : segnare le caselle necessarie**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> diabete insulino dipendente                     | <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia  |
| <input type="checkbox"/> Scompenso cardio-circolatorio                   | <input type="checkbox"/> Sondino naso-gastrico o gastrostomia                     |
| <input type="checkbox"/> Cirrosi scompensa                               | <input type="checkbox"/> Catetere venoso centrale o nutrizione parenterale totale |
| <input type="checkbox"/> Tracheotomia                                    | <input type="checkbox"/> Catetere vescicale                                       |
| <input type="checkbox"/> Nefrostomia o terapia perdurale a lungo termine | <input type="checkbox"/> Ano artificiale o ureterostomia                          |
| <input type="checkbox"/> Ulcere distrofiche agli arti                    |   |

**Stato Generale Mentale Sensorio e Comunicazione : segnare le caselle necessarie**

<p><b>Condizioni Generali:</b></p> <p><input type="checkbox"/> buone</p> <p><input type="checkbox"/> discrete</p> <p><input type="checkbox"/> scadenti</p> <p><input type="checkbox"/> pessime</p> <p><input type="checkbox"/> autonomo</p> <p><input type="checkbox"/> cammina con aiuto</p> <p><input type="checkbox"/> costretto su sedia</p> <p><input type="checkbox"/> costretto a letto</p>	<p><b>Stato Mentale:</b></p> <p><input type="checkbox"/> lucido</p> <p><input type="checkbox"/> confuso</p> <p><input type="checkbox"/> apatico</p> <p><input type="checkbox"/> stuporoso</p> <p><input type="checkbox"/> Incontinenza semplice</p> <p><input type="checkbox"/> Incontinenza doppia</p>	<p><b>Linguaggio:</b></p> <p><input type="checkbox"/> normale</p> <p><input type="checkbox"/> comprende frasi semplici</p> <p><input type="checkbox"/> non valutabile</p> <p><input type="checkbox"/> non comprende</p>	<p><b>Udito:</b></p> <p><input type="checkbox"/> normale</p> <p><input type="checkbox"/> deficit medio</p> <p><input type="checkbox"/> grave deficit non correggibile</p> <p><input type="checkbox"/> sordità completa</p> <p><b>Vista:</b></p> <p><input type="checkbox"/> normale</p> <p><input type="checkbox"/> deficit parziale</p> <p><input type="checkbox"/> grave deficit non correggibile</p> <p><input type="checkbox"/> cecità totale</p>
--	---	---	---

**Per patologie neoplastiche specificare indice di Karnofsky Performance status** \_\_\_\_\_

- 100 Normale, nessun sintomo, non evidenza di malattia
- 90 In grado di svolgere attività normale, lievi sintomi o segni di malattia
- 80 Attività normale svolta con fatica, qualche segno o sintomo di malattia
- 70 Inabile al lavoro, puo' accudire a se stesso
- 60 Richiede solo occasionalmente assistenza
- 50 Richiede considerevole assistenza e frequenti cure mediche
- 40 Non puo' accudire se stesso, richiede speciali cure ed assistenza
- 30 Molto compromesso, è indicata l'ospedalizzazione per quanto la morte non sia imminente
- 20 Molto grave, ospedalizzazione necessaria, necessario trattamento attivo di supporto
- 10 Moribondo, stato pre-agonico e agonico
- 0 Morto

Per patologie neoplastiche specificare se, in atto, effettua terapie antitumorali: chemioterapie e/o radioterapie, altro

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ciò premesso, formulo richiesta di valutazione multidimensionale per :

- Inserimento in RSA
  - Inserimento in ADI
  - Inserimento in Hospice
  - Altro (specificare) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

*Timbro e firma del MMG/ PLS o  
del Medico responsabile dell'U.O. Ospedaliera*

Data \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_

Timbro e firma leggibile

*Si allega:*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_