

Deficit della deambulazione (specificare)

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

non autosufficienza

presenza di gravi patologie che necessitano di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico (specificare):

- malati terminali (oncologici e non);
- gravi fratture;
- 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

Profilo funzionale

- autonomo o quasi
- dipendente
- totalmente dipendente

Profilo sanitario

- bassa
- intermedia
- elevata

Profilo sanitario

- 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 di giorni effettivi) |__|_|_|_|_|

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

Data: |__|_|_|_|_|_|_|_|_|

Timbro e Firma del Medico
