

**ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

A) PROPOSTA DI : ATTIVAZIONE SI  ; PROROGA SI       N° Cartella .....

Data .....

PER IL PAZIENTE : Cognome e Nome.....

Luogo di nascita.....      Data di nascita.....

Residenza: Comune.....      Quartiere.....      Tel. ....

Domicilio assistenza.....      Cod. Fiscale .....

B) COLLABORAZIONE DELLA FAMIGLIA CON L'EQUIPE DOMICILIARE previa consegna del "Regolamento Adi diritti e doveri della Famiglia" ;  
AUTORIZZAZIONE : SI       NO       AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI A FINI STATISTICI ( Legge sulla Privacy n° 675/96 )

FIRMA DEL FAMILIARE.....

C) VALUTAZIONE DEL PAZIENTE

(DATI COPERTI DA SEGRETO D'UFFICIO)

DIAGNOSI D'INGRESSO ( circostanziata e scritta a stampatello):      ICD9 :.....

D) GRADO DI DIS / ABILITA' del paziente :

Totalmente non autosufficiente (allettato, incapace alla cura della casa e della persona)

Gravemente non autosufficiente (difficoltà alla cura della persona, incapacità nella cura della casa e ad uscire)

Parzialmente non autosufficiente (problemi della cura della casa, incapacità a compiere sforzi)

Autosufficiente

E) RICOVERI OSPEDALIERI      1. nell'anno precedente: Extra AUSL BA/4 : SI       NO

2. nell'anno in corso, prima di questa richiesta Adi : Extra BA/4 : SI       NO

3. Rischio attuale c/o Reparto di :.....

IL Resp. Sanitario : ( MMG / PLS ) (TIMBRO E FIRMA) .....

F. ESITO DELLA RICHIESTA :

NON AMMESSA per il seguente motivo (SPECIFICARE SEMPRE ) :.....

AMMESSA E IN LISTA DI ATTESA

SI AUTORIZZA L'ADI E SI DEFINISCE IL PIANO ASSISTENZIALE PERSONALIZZATO

IL RESP. SANITARIO  
(MMG / PLS)

L'U. V. S.  
Il M. Specialista

IL Servizio SOCIALE  
del Comune

Il Resp. UO A  
del Distretto

(Timbri e Firme)

Data di autorizzazione : .....

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO