

Allegato D

Scheda ADT - Parte I**Dati assistito**

Cognome Nome.....
Indirizzo..... Città.....
C.F..... Tel.....

Dati medico di famiglia:

Cognome..... Nome.....
Indirizzo..... Città.....

Diagnosi della patologia acuta:

.....
.....

Diagnosi concomitanti:

1.
2.
3.
4.

Referti allegati

.....
.....

Piano Assistenziale:• **Durata presunta (barrare)**

Δ giorni Δ settimana/e Δ altro

• **Accessi del medico (barrare)**

Δ giornaliero Δ bis in die Δ altro

• **Accessi del personale infermieristico (barrare)**

Δ giornaliero Δ bis in die Δ altro

• **Terapia giornaliera**

-
-
-
-

• **Richiesta materiale sanitario**

Modulo allegato (barrare la casella) si no

• **Interventi assistenziali**

-
-

• **Prestazioni PIP**

-
-
-
-
-
-

Procedure:

1. Il MMG entro 24 ore e comunque entro il giorno successivo (feriale) comunica al distretto l'attivazione dell'ADT inviando la parte 1 della scheda sanitaria.
 - Data di invio della comunicazione al distretto:
2. Il distretto valida la procedura fatte salve le prestazioni già eseguite.
3. A risoluzione dell'evento acuto il MMG invia la scheda completa della parte 2, ovvero del diario clinico, con le firme di presenza degli accessi del medico e dell'infermiere, ai fini della corresponsione del compenso previsto.

Data

Timbro con cod. reg.le e firma del MMG

Firma assistito e/o congiunto per consenso

Allegato B

Scheda ADT - Parte II

Data

Diario clinico

Firma

.....
.....
.....

Infermiere..... Medico.....

.....
.....
.....

Infermiere..... Medico.....

.....
.....
.....

Infermiere..... Medico.....

.....
.....
.....

Infermiere..... Medico.....

.....
.....
.....

Infermiere..... Medico.....

.....
.....
.....

Infermiere..... Medico.....