



REGIONE PUGLIA

Azienda Sanitarie Locale Provinciale Bari

Sede Legale - Lungomare Starita, 6 - 70123 Bari - P. IVA e C.F. 06534340721

DISTRETTO S.S. n. _____

ACN con i Medici di Medicina Generale del 23 Marzo 2005

ASSISTENZA PROGRAMMATA DOMICILIARE NEI CONFRONTI DEI SOGGETTI NON AMBULABILI ALLEGATO G

Proposta motivata di intervento del medico di scelta Dott. _____

su segnalazione del caso effettuata da [] medico stesso [] ospedale [] familiari [] servizi sociali nei confronti dell'assistito (indicare Cognome e Nome) _____ data di nascita _____ codice fiscale _____ Domicilio di assistenza (indicare indirizzo e Comune) _____

CRITERI DI AMMISSIBILITA'

- [] impossibilita' permanente a deambulare (es. portatori di protesi agli arti inferiori con gravi difficolta' a deambulare);
[] impossibilita' ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni (assistito non autosufficiente o abitante in un piano alto e senza ascensore);
[] impossibilita' per gravi patologie che necessitano di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico quali:
- insufficienza cardiaca in stato avanzato
- insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale
- arteriopatia obliterante degli arti inferiori in stato avanzato
- gravi arteriopatie degli arti inferiori con limitazione

PROGRAMMA PROPOSTO

- [] prestazioni di particolare impegno professionale
[] consulti con specialisti
[] altro

NECESSITA' EVENTUALI SUPPORTI

- [] assistenza infermieristica
[] interventi riabilitativi
[] assistenza sociale
[] altro

ATTENZIONE - i dati del presente riquadro sono coperti dal SEGRETO D'UFFICIO

Patologia prevalente che determina l'assistenza programmata _____

Concause e patologie correlate _____

Data ____/____/____

Timbro e codice regionale medico proponente _____

Firma assistito e/o familiare per consenso _____

ACCESSI PROPOSTI settimanali [] quindicinali [] mensili []

ACCESSI CONCORDATI settimanali [] quindicinali [] mensili []

Data dell'intesa ____/____/____

Firma del medico ASL _____

Data della scadenza ____/____/____