REGIONE PUGLIA - A.U.S.L. BA/4

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. ____

ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA AD ASSISTITI NON AMBULABILI
(A.C.N. 484/96)

SCHEDA DEGLI ACCESSI
(da conservare al domicilio del paziente)

Assistito Sig. _____ data di nascita _____

RESIDENZA Comune _____ Via _____

codice regionale _____

FREQUENZA degli accessi sett. ☐ quin. ☐ men. ☐

- DIAGNOSI - PATOLOGIA DI RIFERIMENTO _____

- CONSIDERAZIONI CLINICHE SULLO STATO DEL PAZIENTE _____

- TERAPIA _____

Mod. ADP 1 - Tip. Publidea Policoro MT

- PRESTAZIONI DI PARTICOLARE IMPEGNO PROFESSIONALE:

- ALTRE NOTIZIE UTILI:

DATA DI ACCESSO	FIRMA DEL MEDICO

- ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI:

DATA	DESCRIZIONE

- RICHIESTE DI VISITE SPECIALISTICHE:

DATA	DESCRIZIONE	INDICAZIONI DELLO SPECIALISTA