Prot. n. _____ del _

Scheda proposta per U.V.M.

REGIONE CALABRIA - ASP RC UVM Distretto Reggio Calabria

Scheda di proposta di accesso ai servizi territoriali

(parte sanitaria da compilare da parte del medico proponente)

Nome	Cognome		Sesso: M □ F □
Nato/a a:			
Codice Fiscale: _ _ _ _	(, e in	
CapVia			
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
Dati del medico propone	nte il servizio		
Nome	Cognome		
□ Medico di Medicina Genera			
□ Pediatra di libera scelta			
□ Medico Specialista Ospedal	iero		
☐ Medico Specialista Territor	riale		
□ Medico di Continuità Assis	cenziale		
□ Altro (specificare)			
Sede di lavoro	Città	Via	N. _ _ _ _
Tel./Cell. _ _ _ _ _			
Servizio richiesto			
□ Servizio Socio Assistenziale	e Domiciliare		
□Cure Domiciliari integrate d	li primo livello		
□Cure Domiciliari integrate d	li secondo livello		
□Cure Domiciliari integrate d	li terzo livello		
□Cure Domiciliari Palliative			
□Residenza Socio-Sanitaria p	er Disabili		
□ Residenza Socio-Sanitaria	Anziani		
□ Residenza Socio-Sanitaria l	Medicalizzata		
□Casa Protetta			
□Servizio Ambulatoriale di R	iabilitazione Estensiva		
□Servizio Semiresidenziale d	i Riabilitazione Estensiva		
□Servizio Residenziale di Ria	bilitazione Estensiva		
□RRF codice 56 (intensiva)			
□Lungodegenza codice 60			
Altri servizi residenziali (spe	cificare)		

REGIONE CALABRIA - ASP RC UVM Distretto Reggio Calabria

□deficit della deambulazione (specificare)			
□Impossibilità ad accedere in ambulatorio pur senza deficit della deambulazione (specificare)			
□non autosufficienza			
□presenza di gravi patologie che necessitano o di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico (specificare):			
□malati terminali (oncologici e non);			
□gravi fratture (in anziani);			
□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.			
□dismissione protetta da Struttura Ospedaliera; □altro			
DIAGNOSI DETTAGLIATA E SINTESI DEI PROBLEMI SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI			

REGIONE CALABRIA - ASP RC UVM Distretto Reggio Calabria

Profilo cognitivo	Profilo mobilità	Profilo funzionale		
□lucido	□si sposta da solo	□autonomo o quasi		
□confuso	□si sposta assistito	□dipendente		
□molto confuso o stuporoso	□non si sposta	□totalmente dipendente		
□problemi comportamentali				
prevalenti				
D (1)	D (1)			
Profilo sanitario	Profilo sociale			
□bassa	□ben assistito			
□intermedia	□parzialmente assistito			
□elevata	□non sufficientemente assistito			
	assistitu			
Programma proposto dal Medico proponente				
Accessi MMG/PLS: □SI □NO				
Periodicità: □giornaliero □me	nsile □quindicinale	□settimanale		
Accessi infermiere: $\Box SI \Box NO$				
Periodicità: □giornaliero □me	nsile □quindicinale	□settimanale		
Accessi fisioterapista: □SI □NO				
Periodicità: □giornaliero □me	nsile □quindicinale	□settimanale		
Accessi operatore sociale: □SI □NO				
Periodicità: □giornaliero □me	nsile □quindicinale	□settimanale		
Accessi specialista (specificare): □SI □N()		
Periodicità: □giornaliero □me	nsile □quindicinale	□settimanale		
Accessi specialista 2 (specificare): □SI □NO				
Periodicità: □giornaliero □me		□settimanale		
Accessi psicologi (specificare): □SI □N()		
	,nsile □quindicinale	□settimanale		
Accessi altri operatori (specificare): □SI □NO				
	nsile □quindicinale	□settimanale		
Data presunta dell'intervento (indicare il numer	•			
2 and probable and most verse (maioure and Storm encount				
Obiettivi dell'intervento (sintetica descrizione dei risultati attesi):				
				
Detail III III III				
Data: _ _ _ _ _ Timbro e Firma del Medico				
	Timbro	e rirma dei Medico		