

ALLEGATO 1a - Scheda unica attivazione intervento domiciliare MMG/PLS



Azienda Unità Sanitaria Locale n 2- Regione dell'Umbria  
**SCHEDA ATTIVAZIONE INTERVENTO DOMICILIARE**

INFERMIERISTICO  RIABILITATIVO  SOCIALE  VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Al Centro di salute di \_\_\_\_\_

UETENTE \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Nome sul campanello \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Familiare di riferimento \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**MOTIVI DELLA RICHIESTA**

Sogg. confinato a letto  Sogg. t. emporaneamente confinato a letto per:  intervento chirurgico \_\_\_\_\_  
 Sogg. con gravi limitazioni della deambulazione  esiti di trauma \_\_\_\_\_  
 altro \_\_\_\_\_

Per l'assistito è stata richiesta / attivata: ADP   si  no

**PATOLOGIE O CONDIZIONI DI RILIEVO:**

1		3	
2		4	

Altre condizioni patologiche \_\_\_\_\_

Uso di farmaci  Anticoagulanti  Insulina  Neurologici

Altro da segnalare \_\_\_\_\_

Ev. allergie note \_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI INTERVENTO DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO :**

Educazione / addestramento paziente o familiari \_\_\_\_\_

Somministrazione di terapia

FARMACO	Via di somm.	dosaggio	frequenza	durata

**problemi relativi a :** \_\_\_\_\_ **prestazioni infermieristiche richieste (specificare):** \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> integrità cutanea	
<input type="checkbox"/> eliminazione urinaria / fecale	
<input type="checkbox"/> alimentazione / idratazione	
<input type="checkbox"/> altro	

**RICHIESTA DI INTERVENTO DEL SERVIZIO DI RIABILITAZIONE**

(allegare richiesta sul ricettario regionale per "valutazione per riabilitazione domiciliare")

visita fisiatrica (effettuata da med. specialista in riabilitazione)  è presente un progetto riabilitativo  
 valutazione funzionale (effettuata dal fisioterapista)  proviene da un recente ricovero ospedaliero  
 presenza di barriere architettoniche per uscire di casa  paziente non trasportabile con mezzo proprio

Diagnosi principale \_\_\_\_\_ Data evento acuto \_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI INTERVENTO DEL SERVIZIO SOCIALE**

valutazione sociale  persona sola  famiglia impossibilitata all'assistenza

**RICHIESTA DI INTERVENTO DEL SERVIZIO DI CURE PALLIATIVE**

valutazione del caso

Firma e timbro del MMG/PLS

Data \_\_\_\_\_

*domiciliari*  
✓ *AUCC*