

**Modulo unico per attivazione ADI – RSA – Riabilitazione Territoriale (ex art. 26 833/78)**
(da compilarsi a cura del MMG/PLS o medico ospedaliero/medico specialista ambulatoriale)

Cognome _____		Nome _____	
Luogo di nascita _____		Data di nascita _____	
C.F.		Telefono _____	
Residenza: Comune _____		Indirizzo: Via _____ n.	
Domicilio (se diverso da residenza): _____			
Domicilio presso: ☐ familiare ☐ struttura sociale ☐ RSA ☐ Struttura sanitaria – Stato Civile: _____			
Titolo di studio: ☐ Elementare ☐ Media Inf. ☐ Media Sup. ☐ Laurea ☐ Non dichiarato - N° Figli: _____			
Badante/caregiver convivente: ☐ Sì ☐ No - N° Componenti nucleo familiare (escluso il paziente): _____			
Persona di riferimento: Cognome _____		Nome _____	
Relazione _____		Recapiti telefonici _____ - _____ - _____	
Diagnosi e descrizione problema principale _____ _____ _____ _____			
Esito di recente evento acuto (ultimi 90 gg)? ☐ Sì ☐ No Paziente trasportabile con i comuni mezzi ☐ Sì ☐ No			
Altre condizioni cliniche: ☐ Diabete ☐ Cardiopatia ☐ Insufficienza Cardiaca ☐ Malattie Vascolari ☐ Insufficienza Respiratoria ☐ Epatopatie non alcoliche ☐ Epatopatie alcoliche ☐ Esiti frattura femore ☐ Esiti altre patologie ortopediche ☐ Malattie osteomuscolari ☐ Esiti di ictus ☐ Demenza ☐ Altre malattie neurologiche ☐ Malattia psichiatrica ☐ Disturbi sensoriali ☐ Disabilità intellettiva ☐ Paralisi cerebrale infantile ☐ Disturbo gen. dello sviluppo ☐ Neoplasie (☐ locoregionale ☐ metastatica ☐ Cachessia) ☐ Altro _____			
Principali terapie mediche in atto: _____ _____ _____			
CONDIZIONI CLINICHE ATTUALI (dati di rilievo)			
Stabilità clinica: ☐ Stabile ☐ Moderatamente instabile ☐ Instabile			
Stato di coscienza: ☐ Orientato T/S ☐ Confuso ☐ Lucido ☐ Soporoso/stuporoso ☐ Coma			
Disturbi cognitivi: ☐ Assenti ☐ Lievi ☐ Moderati ☐ Gravi			
Disturbi comportamentali (su base psichica o psicorganica): ☐ Assenti ☐ Lievi ☐ Moderati ☐ Gravi			
Dolore: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (0= assenza di dolore; 10= massimo dolore immaginabile)			
Mobilità: ☐ Indipendente (anche con carrozzina) ☐ Cammina con l'aiuto di una persona ☐ Totalmente dipendente (allettato o carrozzina spinta da altri)			
Alimentazione: ☐ Autonoma ☐ Mangia e beve assistito ☐ Rifiuta alimentazione ☐ Nutrizione artificiale			
Supporto sociale - Vive: ☐ Solo ☐ Con coniuge ☐ Con figli ☐ Con genitori ☐ Altri _____			
Assistito da: ☐ Familiari ☐ Altre persone (vicini, badante, ecc.) _____			

**Necessità assistenziali particolari in atto o da assicurare**

- ☐ Chemio/radioterapia in atto ☐ Ossigenoterapia ☐ Ventilazione meccanica assistita ☐ Tracheostomia
☐ Broncoaspirazione ☐ Drenaggio posturale ☐ Dialisi ☐ Trasfusioni periodiche ☐ Nutrizione Parenterale
☐ Nutrizione enterale (☐ SNG ☐ PEG) ☐ Catetere vescicale (☐ a permanenza ☐ a intermittenza)
☐ Catetere sovrapubico ☐ Uretronefrostomia ☐ Catetere Venoso Centrale o Periferico (CVC o PICC)
☐ Catetere epidurale ☐ Drenaggi ☐ Enterostomia ☐ Ulcere cutanee da qualsiasi causa ☐ Terapia infusioneale
☐ ECG periodici ☐ Prelievi ematici periodici ☐ Visite specialistiche periodiche (specificare) _____

- ☐ Accessi MMG/PLS (ADP) con periodicità: ☐ settimanale ☐ quindicinale ☐ mensile

Altro _____

PERCORSO ASSISTENZIALE RICHIESTO

- ☐ Riabilitazione Territoriale (ex art.26 833/78) in regime: ☐ Residenziale ☐ Semiresidenziale ☐ Domiciliare
☐ ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) ☐ RSA

Finalità e obiettivi del percorso assistenziale richiesto:

- ☐ Stabilizzazione e prevenzione progressione dei sintomi ☐ Monitoraggio stato clinico/assistenziale
☐ Recupero funzioni perse o ridotte ☐ Prevenzione anchilosi/ipomobilità
☐ Sviluppo strategie compensatorie ☐ Educazione utilizzo protesi/ausili
☐ Altro _____

RICHIESTA COMPILATA DA:

- ☐ MMG/PLS ☐ MEDICO OSPEDALIERO ☐ MEDICO SPECIALISTA AMBULATORIALE

Cognome _____ Nome _____

Recapito Telefonico _____ e-mail _____

Se medico ospedaliero o specialista ambulatoriale specificare anche:

Ospedale/Servizio _____

Unità Operativa _____

Data ____ / ____ / ____ Timbro e Firma _____