

Stabilità clinica	<input type="checkbox"/> stabile	<input type="checkbox"/> moderatamente instabile	<input type="checkbox"/> instabile								
Stato di coscienza	<input type="checkbox"/> orientato	<input type="checkbox"/> nello spazio	<input type="checkbox"/> nel tempo	<input type="checkbox"/> confuso	<input type="checkbox"/> soporoso	<input type="checkbox"/> stuporoso	<input type="checkbox"/> coma				
Disturbi cognitivi	<input type="checkbox"/> assenti /lievi		<input type="checkbox"/> moderati		<input type="checkbox"/> gravi						
Disturbi comportamentali	<input type="checkbox"/> assenti /lievi		<input type="checkbox"/> moderati		<input type="checkbox"/> gravi						
Dolore	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	0 = dolore assente						10 = dolore massimo				
Mobilità	<input type="checkbox"/> indipendente (anche in carrozzina)			<input type="checkbox"/> cammina con aiuto			<input type="checkbox"/> totalmente dipendente				

Necessità assistenziali

<input type="checkbox"/> chemio/radioterapia	<input type="checkbox"/> bronco respirazione drenaggio posturale	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> NAD
<input type="checkbox"/> ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> dialisi	<input type="checkbox"/> emotrasfusione periodica	<input type="checkbox"/> catetere sovrappubico
<input type="checkbox"/> ventilazione meccanica assistita	<input type="checkbox"/> catetere vescicale <input type="checkbox"/> a permanenza <input type="checkbox"/> ad intermittenza		
<input type="checkbox"/> catetere venoso centrale	<input type="checkbox"/> catetere peridurale	<input type="checkbox"/> tracheotomia	<input type="checkbox"/> ureteronefrosi
<input type="checkbox"/> drenaggi	<input type="checkbox"/> ileostomia	<input type="checkbox"/> colostomia	<input type="checkbox"/> ulcere cutanee
<input type="checkbox"/> altro	<input type="checkbox"/> Alimentazione <input type="checkbox"/> autonoma <input type="checkbox"/> necessita di assistenza per alimentarsi <input type="checkbox"/> rifiuta di alimentarsi		
<input type="checkbox"/> Supporto sociale : vive	<input type="checkbox"/> solo	<input type="checkbox"/> coniuge	<input type="checkbox"/> figli <input type="checkbox"/> genitori <input type="checkbox"/> fratelli <input type="checkbox"/> altro
<input type="checkbox"/> Assistito da	<input type="checkbox"/> familiari		<input type="checkbox"/> altre persone <input type="checkbox"/> Enti
<input type="checkbox"/> Assistenza a rischio infettivo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Paziente trasportabile	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Livello di assistenza necessaria	<input type="checkbox"/> bassa		<input type="checkbox"/> media <input type="checkbox"/> alta

Percorso assistenziale richiesto

<input type="checkbox"/> residenziale	<input type="checkbox"/> altro	<input type="checkbox"/> semiresidenziale	<input type="checkbox"/> altro
<input type="checkbox"/> domiciliare	<input type="checkbox"/> ADP con frequenza _____/mese		<input type="checkbox"/> ADI integrato con Comune <input type="checkbox"/> altro

Richiesta inviata da : **MMG**

Medico ospedaliero

Cognome _____ Nome _____

Recapito telefonico _____ e mail _____

Ospedale di _____ Unità Operativa _____

Recapito Tel. U.O. _____

Timbro e firma