



**ALLEGATO N. 6****Motivo della richiesta**

**deficit della deambulazione** (specificare) \_\_\_\_\_

**impossibilità ad accedere in ambulatorio pur senza deficit della deambulazione** (specificare)

**non autosufficienza** \_\_\_\_\_

**presenza di gravi patologie che necessitano 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 limitazioni 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

**dimissione protetta da Struttura Ospedaliera;**

**altro** \_\_\_\_\_

**DIAGNOSI DETTAGLIATA E SINTESI DEI PROBLEMI SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI**


**ALLEGATO N. 6****PROFILO DELL'AUTONOMIA (INDICARE CON UNA X)****Profilo cognitivo**

- lucido  
 confuso  
 molto confuso o stuporoso  
 problemi comportamentali prevalenti

**Profilo mobilità**

- si sposta da solo  
 si sposta assistito

**Profilo funzionale**

- autonomo o quasi  
 dipendente  
 totalmente dipendente

**Profilo sanitario**

- bassa  
 intermedia  
 elevata

**Profilo sociale**

- ben assistito  
 parzialmente assistito  
 non sufficientemente assistito

Programma proposto dal Medico proponente

**Accessi MMG/PLS:**  SI  NO

Periodicità:  giornaliero  mensile  quindicinale  settimanale

**Accessi infermiere:**  SI  NO

Periodicità:  giornaliero  mensile  quindicinale  settimanale

**Accessi fisioterapista:**  SI  NO

Periodicità:  giornaliero  mensile  quindicinale  settimanale

**Accessi specialista 1** (specificare \_\_\_\_\_);  SI  NO

Periodicità:  giornaliero  mensile  quindicinale  settimanale

**Accessi specialista 2** (specificare \_\_\_\_\_);  SI  NO

Periodicità:  giornaliero  mensile  quindicinale  settimanale

**Accessi psicologi** (specificare \_\_\_\_\_);  SI  NO

Periodicità:  giornaliero  mensile  quindicinale  settimanale

**Accessi altri operatori** (specificare \_\_\_\_\_);  SI  NO

Periodicità:  giornaliero  mensile  quindicinale  settimanale

Durata presunta dell'intervento (indicare il numero di giorni effettivi) \_\_\_\_\_

Obiettivi dell'intervento (sintetica descrizione dei risultati attesi):

---



---



---



---



---



---

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Timbro e Firma del Medico

\_\_\_\_\_