



DISTRETTO N°	
PTA	

RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE A DOMICILIO

ORIENTAMENTO MMG/PLS

<input type="checkbox"/>	A.D.I.	<input type="checkbox"/>	RSA	<input type="checkbox"/>	HOSPICE
<input type="checkbox"/>	CURE PALLIATIVE DOMICILIARI DI BASE				
<input type="checkbox"/>	CURE PALLIATIVE DOMICILIARI SPECIALISTICHE				
<input type="checkbox"/>	ALTRO				

COGNOME	NOME		
NATO A	il	CF	
RESIDENTE	Via	N°	TEL.
DOMICILIATO	Via	N°	
FAMILIARE DI RIFERIMENTO		TEL.	
		CELL.	

Patologia per cui si richiede l'ammissione: _____

Patologie concomitanti: _____

Problemi attivi: _____

PRESTAZIONI NECESSARIE:

<input type="checkbox"/> Gestione catetere vescicale	<input type="checkbox"/> Medicazione ferita chirurgica	<input type="checkbox"/> Terapia antalgica
<input type="checkbox"/> Gestione stomie	<input type="checkbox"/> Medicazioni ulcere	<input type="checkbox"/> OLT
<input type="checkbox"/> Terapia infusione	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Gestione catetere centrale
<input type="checkbox"/> Nutrizione artificiale	<input type="checkbox"/> Fisioterapia	<input type="checkbox"/> Altro

Necessita di interventi sociali SI NO

MMG/PLS	Distretto di appartenenza N°												
Ambulatorio via	TEL.												
	CELL.												
	FAX												
	Email												
Ricevimento	<table border="1"><thead><tr><th>giorno</th><th>orario</th></tr></thead><tbody><tr><td>lunedì</td><td></td></tr><tr><td>martedì</td><td></td></tr><tr><td>mercoledì</td><td></td></tr><tr><td>giovedì</td><td></td></tr><tr><td>venerdì</td><td></td></tr></tbody></table>	giorno	orario	lunedì		martedì		mercoledì		giovedì		venerdì	
giorno	orario												
lunedì													
martedì													
mercoledì													
giovedì													
venerdì													

SI DICHIARA CHE :

l'assistito **non usufruisce** in atto di altro tipo di assistenza domiciliare

l'assistito **usufruisce** in atto della seguente assistenza domiciliare

timbro, firma e codice regionale

data _____

Protocollo _____