



Dipartimento delle Cure Primarie e  
Delle Attività Distrettuali  
S.C. Cure Primarie  
Ufficio Unificato MMG e PLS

Tel. 010-3446/746-753-760-761-762-769

Fax 010-3446752/744

Dott. \_\_\_\_\_  
(Nominativo del medico richiedente)

**Assistenza programmata in comunità (RP)**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ sesso M - F .

luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

eventuale domicilio sanitario o in comunità \_\_\_\_\_

n. civico \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

ambito \_\_\_\_\_ eventuale esenzione ticket al momento della domanda SI - NO .

**Dichiaro di aver preso visione di quanto disposto dal vigente A.C.N.**

TIMBRO

e

FIRMA DEL MEDICO

\_\_\_\_\_

data di consegna \_\_\_\_\_

**Parte riservata all'Ufficio**

Data di scadenza \_\_\_\_\_

NOTE:



**VALUTAZIONE MEDICA DELL'AUTONOMIA E DELLO STATO DI SALUTE DEL/DELLA  
SIGNOR/SIGNORA:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Sesso M F

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via/ piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Eventuale domicilio sanitario o di comunità \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Al momento della presentazione della domanda esiste una esenzione ticket SI NO

**VALUTAZIONE**

	1) COERENZA
2	Coerente
1	Parz. o salt. Coerente
0	Incoerente(bisogno di sorv.cont.)

	2) ORIENTAMENTO
2	Ben orientato
1	Parz. O salt. orientato
0	Disorientato t.s.p.

	3) INSERIMENTO SOCIALE
2	Nessun probl.di inserim. nel proprio cont.sociale
1	Qualche difficoltà (rapporti con freq. Contrasti)
0	Gravi problemi (non riesce a mantenere rapporti)

	4)VISTA
2	Vede bene (anche con lenti)
1	La funzione è parzialmente conservata
0	Non vedente

	5) UDITO
2	Sente bene (anche con protesi acustica)
1	La funzione è parzialmente conservata
0	Non udente

	6) PAROLA
2	Parla e comprende normalmente
1	Difficoltà nell'espressione verbale
0	Turbe gravi dell'espressione e comprensione

	7) IGIENE SUPERIORE
2	Autosufficiente
1	Parzialmente autosufficiente
0	Non autosufficiente

	8) IGIENE INFERIORE
2	Autosufficiente
1	Parzialmente autosufficiente
0	Non autosufficiente

	9) ABBIGLIAMENTO SUP.(camicia maglia)
2	Autosufficiente
1	Parzialmente autosufficiente
0	Non autosufficiente

	10) ABBIGLIAMENTO CENTR. (mutande)
2	Autosufficiente
1	Parzialmente autosufficiente
0	Non autosufficiente

	11) ABBIGLIAMENTO INF. (pantaloni calze)
2	Autosufficiente
1	Parzialmente autosufficiente
0	Non autosufficiente

	12) TIPO DI ALIMENTAZIONE
2	Normale (per os)
1	Liquida o semiliquida per os
0	Artificiale(sonda NG, gastroenterostomia,TPN)

	13) AIUTO ALL'ALIMENTAZIONE
2	Nessun aiuto
1	Adattamento al pasto (aiuto per tagliare i cibi)
0	Aiuto totale e sorveglianza continua

	14) CONTINENZA URINARIA
2	Continente
1	Incontinente saltuario
0	Incontinente frequente

	15) CONTINENZA ANALE
2	Continente
1	Incontinente saltuario
0	Incontinente frequente

	16) MOBILIZZAZIONE DA LETTO
2	Si alza senza aiuto
1	Deve essere aiutato
0	Deve essere alzato passivamente

	17) MOBILITA' INTERNA
2	Si muove senza limiti nella residenza
1	Si muove solo in camera
0	Non può essere alzato mai da letto

	18) AIUTO ALLA DEAMBULAZIONE
2	Nessun aiuto
1	Aiuto meccanico (bastone,tripode,carrozzella se autosufficiente)
0	Aiuto umano(anche per spingere la carrozzella)

	19) IGIENE POSTO LETTO
2	Autosufficiente
1	Necessita di aiuto
0	Nessuna attività

**DIAGNOSI**  
(barrare la casella che interessa)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arteriopatia degli arti inferiori in stadio avanzato  | <input type="checkbox"/> Insufficienza respiratoria grave con limitazione funzionale |
| <input type="checkbox"/> Grave artropatia arti inferiori con grave limitazione | <input type="checkbox"/> Neoplasia in stadio avanzato                                |
| <input type="checkbox"/> Protesi arti inferiori                                | <input type="checkbox"/> Cerebropatia o lesione cerebrale di grado severo            |
| <input type="checkbox"/> Insufficienza cardiaca in stadio avanzato             | <input type="checkbox"/> Tetraplegia   |

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Gravi difficoltà a deambulare, con impossibilità a raggiungere l'ambulatorio con mezzi comuni (indicare il tipo di impedimento logistico)\_\_\_\_\_



**Il paziente necessita inoltre delle seguenti prestazioni:**

Terapia iniettiva  
Prelievi ematici  
controlli glicemici  
Mobilizzazione  
antidecubito Cambio  
catetere  
Lavaggio vescicale  
Misurazioni ripetute pressione arteriosa  
Clisteri ripetuti con eventuale estrazione manuale  
feci Altro (specificare)

**Medicazioni per:**

Stomie  
Decubiti  
Ulcere varicose/distrofiche  
Altra medicazione

**Il paziente è HbsAg+            si   - no**

**Il paziente è HIV+            si   - no**

**Il paziente è allergico a:** \_\_\_\_\_

**Diagnosi finale dettagliata:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Genova li** \_\_\_\_\_

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO**

\_\_\_\_\_