

Al Signor Sindaco
Comune di Monti
Monti

"Ritornare a Casa"

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. di _____ il _____

Residente a Monti in via _____

tel. _____

CHIEDE PER SE'/O PER

I/la Signor/a _____

Nato/a a _____ Prov. di _____ il _____

Residente a Monti in via _____

tel. _____

La predisposizione del Progetto Personalizzato "Ritornare a Casa".

Medico di curante Dr:

Allega alla presente:

1. Richiesta di valutazione multidimensionale per attivazione progetto "Ritornare a Casa" e Relazione Sanitaria.
2. Attestazione ISEE in corso di validità

Inoltre dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo n.196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente viene resa.

Monti li _____

Il/La Richiedente



ASL Olbia

Mod. 9

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI OLBIA
DISTRETTO SOCIOSANITARIO - OLBIA
ASSISTENZA INTEGRATA
(P.U.A. - U.V.T. - A.D.I.)
Tel. 0789/552625 - Fax 0789/552641

RELAZIONE SANITARIA per Inserimento In:

- A.D.I.
- R.S.A.
- O.D.O.
- C.D.I.
- Centri di Riabilitazione Globale della Rete Territoriale
- ATTIVAZIONE PROGRAMMA "RITORNARE A CASA"

Il Sig./La Sign.ra _____ nato a _____

Il ___/___/___ residente in _____ Via _____

Autosufficiente

Parzialmente autosufficiente

A rischio di perdere l'autosufficienza

Non autosufficiente

Patologie pregresse:

Patologie in atto:

Condizioni psichiche/ Reattività emotiva:

Confusione e disorientamento

Depressione

Ansia

Fasi di agitazione psicomotoria

Episodi di aggressività

Allevato:

NO SI: da quanto tempo _____

Piaghe da decubito:

assenti presenti; sede _____

Terapia in atto:

Attualmente il paziente si trova:

al proprio domicilio:

vive da solo

SI. NO se NO specificare con chi: _____

supporto familiare

Adeguato Inadeguato

Problematiche che ostacolano adeguata assistenza al domicilio _____

Ospedale/ Clinica (spec.) _____

Altra Struttura (spec.) _____

Data _____

Timbro e Firma del Medico di Medicina Generale

N.B. le visite domiciliari verranno effettuate se il medico proponente attesta i motivi sanitari di impossibilità a presentarsi nella sede della visita, perché lo spostamento del paziente sarebbe di pregiudizio per la sua salute.

Scheda Relazione Sanitaria