

**Modello unico per attivazione ADI - RSA – Riabilitazione Territoriale (ex art. 26 833/78)**  
(da compilarsi a cura del MMG/PLS o medico ospedaliero/medico specialista ambulatoriale)

Cognome _____		Nome _____	
Luogo di nascita _____		Data di nascita _____	
Indirizzo di residenza : Via _____		n. civico  __   __   __	
Codice Fiscale  __   __   __   __   __   __   __   __   __   __   __   __   __   __   __   __   __		Telefono _____	
Comune di residenza _____		Municipio  __   __  (solo per Roma)	
Domicilio (se diverso da residenza) : _____			
Persona di riferimento) -----			
(specificare relazione se familiare o altro)		Cognome	Nome
			Recapito telefonico
Diagnosi e descrizione problema principale _____			
_____			
_____			
_____			
Esito di recente evento acuto (ultimi 90 gg)? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		Paziente trasportabile con i comuni mezzi <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
<b>Altre condizioni cliniche :</b> <input type="checkbox"/> diabete <input type="checkbox"/> cardiopatia <input type="checkbox"/> insufficienza cardiaca <input type="checkbox"/> malattie vascolari <input type="checkbox"/> insufficienza respiratoria <input type="checkbox"/> epatopatie non alcoliche <input type="checkbox"/> epatopatie alcoliche <input type="checkbox"/> esiti frattura femore <input type="checkbox"/> esiti altre patologie ortopediche <input type="checkbox"/> malattie osteomuscolari <input type="checkbox"/> esiti di ictus <input type="checkbox"/> demenza <input type="checkbox"/> altre mal. Neurologiche <input type="checkbox"/> malattia psichiatrica <input type="checkbox"/> disturbi sensoriali <input type="checkbox"/> disabilità intellettiva <input type="checkbox"/> paralisi cerebrale infantile <input type="checkbox"/> disturbo gen. dello sviluppo <input type="checkbox"/> neoplasie ( <input type="checkbox"/> locoregionale <input type="checkbox"/> metastatica <input type="checkbox"/> (stato di cachessia) ) <input type="checkbox"/> altro _____			
Principali terapie mediche in atto: _____			
_____			
_____			
CONDIZIONI CLINICHE ATTUALI (dati di rilievo)			
Stabilità clinica <input type="checkbox"/> Stabile <input type="checkbox"/> Moderatamente instabile <input type="checkbox"/> Instabile			
Stato di coscienza <input type="checkbox"/> Orientato nello spazio <input type="checkbox"/> Orientato nel tempo <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Lucido <input type="checkbox"/> Soporoso/Stuporoso <input type="checkbox"/> Coma			
Disturbi cognitivi <input type="checkbox"/> Assenti <input type="checkbox"/> Lievi <input type="checkbox"/> Moderati <input type="checkbox"/> Gravi			
Disturbi comportamentali (su base psichica o psicorganica) <input type="checkbox"/> Assenti <input type="checkbox"/> Lievi <input type="checkbox"/> Moderati <input type="checkbox"/> Gravi			
Dolore 0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10 (0= assenza di dolore; 10= massimo dolore immaginabile)			
Mobilità <input type="checkbox"/> Indipendente (anche con carrozzina) <input type="checkbox"/> Cammina con l'aiuto di una persona <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente (allettato o carrozzina spinta da altri)			
Alimentazione <input type="checkbox"/> Autonoma <input type="checkbox"/> Mangia e beve assistito <input type="checkbox"/> Rifiuta alimentazione <input type="checkbox"/> Nutrizione artificiale			
Supporto sociale; Vive: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con coniuge <input type="checkbox"/> Con figli <input type="checkbox"/> Con genitori <input type="checkbox"/> altri Assistito da: <input type="checkbox"/> Familiari <input type="checkbox"/> Altre persone (vicini, badante,...)			

**Necessità assistenziali particolari in atto o da assicurare**

- Chemio/radioterapia in atto     Ossigenoterapia (OLT)     Ventilazione meccanica assistita  
 Tracheostomia     Broncoaspirazione     Drenaggio posturale     Dialisi     Trasfusioni periodiche  
 Nutrizione Parenterale     Nutrizione enterale (  SNG  PEG )     Catetere vescicale (  a permanenza  a intermittenza )  
 Catetere sovrapubico     Uretronefrostomia     Catetere Venoso Centrale o Periferico (CVC o PICC)  
 Catetere epidurale     Drenaggi     Enterostomia     Ulcere cutanee da qualsiasi causa  
 Terapia infusioneale     ECG periodici     prelievi ematici periodici  
 Accessi MMG/PLS (ADP) con periodicità:     settimanale     quindicinale     mensile  
 Visite specialistiche periodiche (specificare) \_\_\_\_\_  
 Altro \_\_\_\_\_

**PERCORSO ASSISTENZIALE RICHIESTO**

- Riabilitazione Territoriale (ex art.26 833/78) in regime:  
 Residenziale     Semiresidenziale     Domiciliare  
 ADI (Assistenza Domiciliare Integrata )     RSA (Assistenza Residenziale a lungo termine)

**Finalità e obiettivi del percorso assistenziale richiesto:**

- Stabilizzazione e prevenzione progressione dei sintomi     Monitoraggio stato clinico/assistenziale  
 Recupero funzioni perse o ridotte     Prevenzione anchilosi/ipomobilità     Sviluppo strategie compensatorie  
 Educazione utilizzo protesi/ausili     Altro \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Il compilatore**

- MMG/PLS**     **Medico ospedaliero**     **Specialista ambulatoriale**

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

Recapito tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ **Se**

**medico ospedaliero o specialista ambulatoriale specificare anche:**

Ospedale/Servizio \_\_\_\_\_

Reparto/Unità Operativa \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_ **Timbro e Firma** \* c.r. \_\_\_\_\_