

SCHEDA DI PROPOSTA PER L'ACCESSO AI SERVIZI TERRITORIALI  
Distretto socio-assistenziale n. 1 di Cosenza  
REGIONE CALABRIA – ASP COSENZA

*Scheda di proposta di accesso ai servizi territoriali  
(parte generale da compilare dal richiedente/familiare o persona  
autorizzata)*

Al PUA

Del Comune di \_\_\_\_\_  
Distretto socio-assistenziale n.1 di Cosenza

Il/La Richiedente

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Sesso: M  F

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

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Residente in \_\_\_\_\_

Cap. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. | | | | |

Domiciliato (se diverso dalla residenza) in

Via \_\_\_\_\_ N. | | | | | Tel./ cell. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Stato civile:  coniugato  separato  divorziato  vedovo  celibe/nubile

Convivenza:  solo  con figli  con coniuge  con parenti  con altri  con coniuge e figli

Abitazione:  di proprietà  in affitto al piano n° \_\_\_\_\_ (solo se l'abitazione è priva di ascensore)

*Parte da compilare in caso di istanza richiesta dal rappresentante legale (genitore, tutore, curatore, amministratore di sostegno, etc..) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 DPR 445/2000):*

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

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. | | | | |

Tel./ cell. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

rappresentante legale del richiedente (specificare) \_\_\_\_\_

persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela) \_\_\_\_\_





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 limitazione 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**


A

## PROFILO DELL'AUTONOMIA

### Profilo cognitivo

- Lucido
- Confuso
- Molto confuso
- Problemi comportamentali

### Profilo funzionale

- Dipendente
- Totalmente dipendente

### Profilo sanitario

- Ass.bassa
- Ass.media
- Ass.elevata

### Profilo mobilità

- Si sposta da solo con ausili
- Si sposta assistito
- Allettato

### Profilo sociale

- Ben assistito
- Parz. Assistito
- Non suff.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 psicologo (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

FIRMA E TIMBRO con codice reg.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

 6