

Il /La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa, \_\_\_\_\_ richiede per  
 il/la signor/a \_\_\_\_\_  M  F  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
 in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

l'ammissione nella seguente Struttura/Setting Assistenziali (tracciare una x sulla casella corrispondente)

Struttura/Setting	Struttura/Setting	Struttura/Setting
<input type="checkbox"/> OdC Recanati	<input type="checkbox"/> RP IRCER Recanati	<input type="checkbox"/> RP Potenza Picena
<input type="checkbox"/> RSA Recanati	<input type="checkbox"/> RP "Villa Letizia" Civitanova M.	<input type="checkbox"/> RP Montefano
<input type="checkbox"/> RSA "Villa Margherita" Civitanova M.	<input type="checkbox"/> RP "S.M. in Chienti" Montecosaro	<input type="checkbox"/> RP M.S. Giusto
<input type="checkbox"/> RSA "S.M. in Chienti" Montecosaro	<input type="checkbox"/> RP "A. Gatti" Montecosaro	<input type="checkbox"/> RP "Gervasi" Porto Recanati

<b>Condizioni Sociali</b>	<input type="checkbox"/> vive solo <input type="checkbox"/> con familiari _____ <input type="checkbox"/> con altri _____
	familiare referente Sig./ra _____ tel. _____
Il paziente e/o il familiare referente è stato debitamente informato ed acconsente alla presente richiesta	
Firma del Paziente/Familiare _____	

Problematiche Sanitarie / Assistenziali in atto:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Stabilità Clinica  Basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica  Farmaci H  TAO

<b>Stato neuropsichico</b>	<input type="checkbox"/> vigile e collaborante <input type="checkbox"/> disorientato <input type="checkbox"/> ansioso <input type="checkbox"/> depresso <input type="checkbox"/> altro _____
<b>Respirazione</b>	<input type="checkbox"/> autonoma <input type="checkbox"/> ossigenoterapia h/die _____ lt/min _____ <input type="checkbox"/> tracheostomia <input type="checkbox"/> altro _____
<b>Alimentazione</b>	<input type="checkbox"/> autonoma <input type="checkbox"/> inserito in programma (NAD) <input type="checkbox"/> sondino naso-gastrico <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> parenterale <input type="checkbox"/> altro _____
<b>Eliminaz. urinaria</b>	<input type="checkbox"/> autonoma <input type="checkbox"/> catetere tipo _____ ch _____ data sost _____ <input type="checkbox"/> pannolone <input type="checkbox"/> urostomia <input type="checkbox"/> nefrotomia <input type="checkbox"/> epicistostomia <input type="checkbox"/> altro _____
<b>Eliminaz. intestinale</b>	<input type="checkbox"/> autonoma <input type="checkbox"/> colostomia <input type="checkbox"/> ileostomia <input type="checkbox"/> pannolone <input type="checkbox"/> altro _____
<b>Cute</b>	<input type="checkbox"/> integra <input type="checkbox"/> presenza di LdP in sede _____ stadio _____ <input type="checkbox"/> ferite chirurgiche <input type="checkbox"/> ulcere vascolari <input type="checkbox"/> altro _____ trattamento: _____
<b>Dolore</b>	valore _____ sede _____ terapia <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
<b>Presidi/Dispositivi</b>	<input type="checkbox"/> drenaggi (tipo e sede) _____ <input type="checkbox"/> CVP posizionato il _____ <input type="checkbox"/> CVC in sede _____ tipo _____ ultima med _____
<b>Visita Fisiatrica</b>	effettuata: <input type="checkbox"/> sì (allegare copia consulenza) data _____ <input type="checkbox"/> no
<b>Mobilità</b>	<input type="checkbox"/> autonoma <input type="checkbox"/> con ausili <input type="checkbox"/> con aiuto <input type="checkbox"/> allettato <input type="checkbox"/> letto/poltrona <input type="checkbox"/> postura obbligata per patol. <b>necessita di:</b> <input type="checkbox"/> letto con sponde <input type="checkbox"/> materasso antidecubito <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> deambulatore <input type="checkbox"/> altro _____

Inviare la richiesta tramite e-mail al P.U.A. di Civitanova : [pua\\_civm.ast.mc@sanita.marche.it](mailto:pua_civm.ast.mc@sanita.marche.it) Tel. 0733/823438

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Timbro e Firma MMG \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Ammesso <input type="checkbox"/> Non Ammesso
Data ___/___/___
Timbro e Firma Dirig. Medico Distretto.....

Cognome..... Nome..... nato il.....

A.D.L.

( Index of Independence in Activities of Daily Living )<sup>1</sup>

(AD1) FARE IL BAGNO	punteggio	
	1	<input type="checkbox"/> 1) - NON RICEVE ALCUNA ASSISTENZA ( entra ed esce dalla vasca autonomamente, nel caso che la vasca sia il mezzo abituale per fare il bagno)
	0	<input type="checkbox"/> 2) - RICEVE ASSISTENZA NEL LAVARE SOLO UNA PARTE DEL CORPO (Es. la schiena o una gamba) <input type="checkbox"/> 3) - RICEVE ASSISTENZA NEL LAVARE PIU' DI UNA PARTE DEL CORPO (O RIMANE NON LAVATO)
(AD2) VESTIRSI	1	<input type="checkbox"/> 1) - PRENDE GLI ABITI E SI VESTE COMPLETAMENTE SENZA ASSISTENZA <input type="checkbox"/> 2) - PRENDE GLI ABITI E SI VESTE COMPLETAMENTE SENZA ASSISTENZA, TRANNE CHE PER ALLACCIARE LE SCARPE
	0	<input type="checkbox"/> 3) - RICEVE ASSISTENZA NEL PRENDERE GLI ABITI O NEL VESTIRSI OPPURE RIMANE PARZIALMENTE O COMPLETAMENTE SVESTITO
(AD3) USO DEI SERVIZI	1	<input type="checkbox"/> 1) - VA AI SERVIZI, SI PULISCE, SI RIVESTE SENZA ASSISTENZA (può usare supporti come il bastone o il deambulatore o la sedia a rotelle, è in grado di maneggiare la padella o la comoda vuotandola al mattino)
	0	<input type="checkbox"/> 2) - RICEVE ASSISTENZA NELL' ANDARE AI SERVIZI O NEL PULIRSI O NEL RIVESTIRSI O NELL'USARE LA PADELLA O LA COMODA <input type="checkbox"/> 3) - NON VA AI SERVIZI PER I BISOGNI CORPORALI
(AD4) SPOSTARSI	1	<input type="checkbox"/> 1) - ENTRA ED ESCE DAL LETTO COME PURE SI SIEDE E SI ALZA DALLA SEDIA SENZA ASSISTENZA (può usare supporti come il bastone o il deambulatore)
	0	<input type="checkbox"/> 2) - ENTRA ED ESCE DAL LETTO COME PURE SI SIEDE E SI ALZA DALLA SEDIA CON ASSISTENZA <input type="checkbox"/> 3) - NON SI ALZA DAL LETTO
(AD5) CONTINEN- ZA	1	<input type="checkbox"/> 1) - CONTROLLA COMPLETAMENTE DA SOLO LA MINZIONE O LA DEFECAZIONE <input type="checkbox"/> 2) - HA OCCASIONALI "INCIDENTI"
	0	<input type="checkbox"/> 3) - IL CONTROLLO DELLA MINZIONE O DELLA DEFECAZIONE E' CONDIZIONATA DALLA SORVEGLIANZA; USA IL CATETERE O E' INCONTINENTE
(AD6) ALIMENTA R-SI	1	<input type="checkbox"/> 1) - SI ALIMENTA DA SOLO SENZA ASSISTENZA <input type="checkbox"/> 2) - SI ALIMENTA DA SOLO ECCETTO CHE NECESSITA DI ASSISTENZA PER TAGLIARE LA CARNE O PER SPALMARE IL BURRO SUL PANE
	0	<input type="checkbox"/> 3) - RICEVE ASSISTENZA NELL'ALIMENTARSI O VIENE ALIMENTATO PARZIALMENTE O COMPLETAMENTE PER SONDINO O PER VIA ENDOVENOSA

(ADL-TOT) PUNTEGGIO TOTALE A.D.L. ( rango 0 - 6 ) :

Data .....

Timbro e firma MMG:.....

Cognome..... Nome..... nato il.....

I.A.D.L. ( Instrumental Activities of Daily Living Scale )<sup>1</sup>

	punti	
(IA1) A) CAPACITA' DI USARE IL TELEFONO	1	3 <input type="checkbox"/> USA IL TELEFONO DI PROPRIA INIZIATIVA, ALZA IL MICROFONO E COMPONE IL NUMERO 2 <input type="checkbox"/> COMPONE SOLO ALCUNI NUMERI BEN CONOSCIUTI 1 <input type="checkbox"/> E' IN GRADO DI RISPOND. AL TELEFONO, MA NON DI CHIAMARE
	0	0 <input type="checkbox"/> NON E' CAPACE DI USARE IL TELEFONO
(IA2) B) MOVIM. PER ACQUISTI NEI NEGOZI	1	3 <input type="checkbox"/> SI PRENDE AUTONOMAMENTE CURA DI TUTTE LE NECESSITA' DI ACQUISTI NEI NEGOZI
	0	2 <input type="checkbox"/> E' IN GRADO DI EFFETT. SOLO PICCOLI ACQUISTI NEI NEGOZI 1 <input type="checkbox"/> NECESSITA' DI ESSERE ACCOMPAGNATO PER QUALSIASI GIRO DI ACQUISTI NEI NEGOZI 0 <input type="checkbox"/> E' DEL TUTTO INCAPACE DI FARE ACQUISTI NEI NEGOZI
(IA3) C) MEZZI DI TRASPORT.	1	4 <input type="checkbox"/> SI SPOSTA DA SOLO SUI MEZ. PUBBL. O GUIDA LA PROPRIA AUTO 3 <input type="checkbox"/> ORGANIZZA I PROPRI SPOSTAMENTI CON TAXI, MA NON USA I MEZZI PUBBLICI 2 <input type="checkbox"/> USA I MEZZI PUBBLICI SE ACCOMPAGNATO DA QUALCUNO
	0	1 <input type="checkbox"/> PUO' SPOSTARSI SOLTANTO CON TAXI O CON AUTO CON L' ASSISTENZA DI ALTRI 0 <input type="checkbox"/> NON SI SPOSTA PER NIENTE
(IA4) D) RESPONSA- BILITA' NELL'USO DI FARMACI	1	2 <input type="checkbox"/> E' IN GRADO DI ASSUMERE I MEDICINALI NELLE GIUSTE DOSI E AL TEMPO GIUSTO
	0	1 <input type="checkbox"/> E' IN GRADO DI ASSUMERE I MEDICINALI SE PREPARATI IN ANTICIPO IN DOSI SEPARATE 0 <input type="checkbox"/> NON E' IN GRADO DI ASSUMERE LE MEDICINE DA SOLO
(IA5) E) CAPACITA' DI GESTIRE IL DENARO	1	2 <input type="checkbox"/> GESTISCE LE OPERAZIONI FINANZIARIE INDIPENDENTEMENTE (bilanci, scrive assegni, paga affitti, conti, va in banca, raccoglie e tiene nota delle entrate) 1 <input type="checkbox"/> GESTISCE GLI ACQUISTI QUOTIDIANI, MA NECESSITA' DI AIUTO PER LE OPERAZ. BANCARIE, GLI ACQUISTI MAGGIORI, ECC.
	0	0 <input type="checkbox"/> E' INCAPACE DI MANEGGIARE IL DENARO
(IA6) F) CUCINARE	1	<input type="checkbox"/> SI PREPARA E SI SERVE I PASTI DA SOLO
	0	<input type="checkbox"/> ASSUME CIBO INADEGUATO ANCHE SE PREPARATO DA SOLO O GLI DEVONO ESSERE FORNITI GLI INGREDIENTI
(IA7) G) ACCUD. LA CASA	1	<input type="checkbox"/> FA LAVORI LEGGERI DA SOLO ANCHE SE NON MANTIENE LA CASA PULITA O VA AIUTATO MA FA TUTTI I LAVORI
	0	<input type="checkbox"/> NON FA ALCUN LAVORO DOMESTICO
(IA8) H) BUCATO	1	<input type="checkbox"/> LAVA DA SOLO TUTTO O SOLO LA BIANCHERIA
	0	<input type="checkbox"/> TUTTO IL BUCATO E' FATTO DA ALTRI

(IADL-TOT) PUNTEGGIO TOTALE I.A.D.L. ( range 0-8 ) :

Data .....

Timbro e firma MMG.....