

AZIENDA SANITARIA LOCALE PROVINCIA DI BARI
Distretto Socio Sanitario Uno
Molfetta-Giovinazzo

Prot. n. _____

Data _____

PROPOSTA DI ACCESSO ALLE CURE DOMICILIARI
(ADS, ADI I° - II° - III° livello, ADO, Cure palliative, Hospice)

Il/la sottoscritto/a Dott.ssa/Dott. _____ Codice Medico _____

MMG / PLS con studio medico in Via _____ n. _____

Città _____ tel. _____ cell. _____

PROPONE

l'ammissione alle Cure Domiciliari per l'erogazione di:

<input type="checkbox"/> Ass. Domiciliare Sanitaria	<input type="radio"/> Ass. Infermieristica	<input type="radio"/> Tratt. riabilitativo fisioterapico
<input type="checkbox"/> Ass. Dom. Integrata I° livello	<input type="radio"/> Ass. Dom. Integrata II° livello	<input type="radio"/> Ass. Dom. Integrata III° livello
<input type="checkbox"/> Ass. Domiciliare Oncologica	<input type="radio"/> Fondazione "A.N.T."	<input type="radio"/> Fondazione "SS. Medici"
<input type="checkbox"/> Cure palliative	<input type="radio"/> Paziente oncologico	<input type="radio"/> Paziente NON oncologico
<input type="checkbox"/> Ass. in Hospice	<input type="radio"/> Paziente oncologico	<input type="radio"/> Paziente NON oncologico

in favore del/la proprio/a assistito/a Sig./ra _____

affetto/a da _____

Indice di Karnofski (specificare)
riservato a paziente da autorizzare in Hospice

Categoria generale-Descrizione	Criteri specifici	Indice
	<input type="checkbox"/> Richiede considerevole assistenza e frequente assistenza medica	50
Incapace di badare a se stesso; richiede ricovero in struttura, ospedale o equivalente; la malattia può essere ingravescente	<input type="checkbox"/> Disabile; richiede speciali cure e assistenza	40
	<input type="checkbox"/> Gravemente disabile anche se la morte non è imminente	30
	<input type="checkbox"/> Particolarmente disabile; necessario il ricovero; necessario un trattamento di supporto attivo	20
	<input type="checkbox"/> Moribondo	10

Si allega documentazione sanitaria

Data _____

(Firma e timbro)