

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 infusionale 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 perdute 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. _____

Inviare il modulo a: cot@aslroma5.it