

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)? ☐ sì ☐ no Paziente trasportabile con i comuni mezzi ☐ sì ☐ no	
Altre condizioni cliniche : ☐ diabete ☐ cardiopatia ☐ insufficienza cardiaca ☐ malattie vascolari ☐ insufficienza respiratoria ☐ epatopatie non alcoliche ☐ epatopatie alcoliche ☐ esiti frattura femore ☐ esiti altre patologie ortopediche ☐ malattie osteomuscolari ☐ esiti di ictus ☐ demenza ☐ altre mal. Neurologiche ☐ malattia psichiatrica ☐ disturbi sensoriali ☐ disabilità intellettiva ☐ paralisi cerebrale infantile ☐ disturbo gen. dello sviluppo ☐ neoplasie (☐ locoregionale ☐ metastatica ☐ (stato di cachessia) ☐ altro _____	
Principali terapie mediche in atto: _____ _____ _____	
CONDIZIONI CLINICHE ATTUALI (dati di rilievo)	
Stabilità clinica ☐ Stabile ☐ Moderatamente instabile ☐ Instabile	
Stato di coscienza ☐ Orientato nello spazio ☐ Orientato nel tempo ☐ Confuso ☐ Lucido ☐ Soporoso / Stuporoso ☐ Coma	
Disturbi cognitivi ☐ Assenti ☐ Lievi ☐ Moderati ☐ Gravi	
Disturbi comportamentali (su base psichica o psicorganica) ☐ Assenti ☐ Lievi ☐ Moderati ☐ Gravi	
Dolore 0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10 (0= assenza di dolore; 10= massimo dolore immaginabile)	
Mobilità ☐ Indipendente (anche con carrozzina) ☐ Cammina con l'aiuto di una persona ☐ Totalmente dipendente (allettato o carrozzina spinta da altri)	
Alimentazione ☐ Autonoma ☐ Mangia e beve assistito ☐ Rifiuta alimentazione ☐ Nutrizione artificiale	
Supporto sociale; Vive: ☐ Solo ☐ Con coniuge ☐ Con figli ☐ Con genitori ☐ altri Assistito da: ☐ Familiari ☐ 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 infusoriale ☐ 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.

* codice regionale