



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE XXIII
 AMBITO TERRITORIALE SOCIALE XXIV

Direzione
 Distretto Ascoli -Piceno

DOMANDA DI AMMISSIONE
 Struttura Residenziale e Semiresidenziale

AL PUA Punto Unico di Accesso
 AV5 Ascoli Piceno –San Benedetto del Tronto

L SOTTOSCRITT_
 NAT_ A (....) IL / /
 RESIDENTE A (....) VIA N°
 TEL. / CELL. COD. FISC.

CHIEDE L'AMMISSIONE IN

<input type="checkbox"/> Struttura Residenziale RSA-RPA-RPD	<input type="checkbox"/> Centro Semiresidenziale Centro Diurno
<input type="checkbox"/> Cure Intermedie	<input type="checkbox"/> Hospice

- PER SE MEDESIMO
- PER (GRADO DI PARENTELA)
- NAT_ A (....) IL / /
- RESIDENTE A (....) VIA N°
- TEL. / CELL. COD. FISC.
- RETTA A TOTALE CARICO DEL RICHIEDENTE
- RETTA A PARZIALE CARICO DEL RICHIEDENTE

Il/La sottoscritt_ nat_ il / /
 residente a C. F., in qualità di
 (specificare grado di parentela) dell'ospite Sig./ra
, ai sensi dell'art. 443 Codice Civile, si obbliga in solido
 al predetto pagamento delle rette alberghiere, rinunciando fin d'ora a sollevare ogni qualsivoglia
 eccezione in merito.

Data ... / ... / FIRMA

Si allega alla presente la scheda di segnalazione del Medico di Medicina Generale/Medico Ospedaliero
Copia Documento di Identità valido

ATTIVAZIONE SISTEMA DELLE CURE
RESIDENZIALI

PROPOSTA DI ATTIVAZIONE DEL MMG E AUTORIZZAZIONE DELL'UVD

Allegato B

Al Direttore
Distretto Sanitario A.V. 5 - AP
Ufficio Protocollo
Via degli Iris, Ascoli Piceno

(scrivere in stampatello maiuscolo) *assistito del dott. (MMG):*

SEZIONE A - DATI ANAGRAFICI		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
COGNOME	NOME	SESSO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	COD. SANIT.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COMUNE DI RESIDENZA	VIA	N° CIVICO
DOMICILIATO PRESSO: _____		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PERSONA DI RIFERIMENTO	TELEF. PERS. DI RIFER.	TELEF. ASSISTITO

NECESSITA DI:

Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) ;
Residenza Protetta (RP)

SEZIONE B - AUTOSUFFICIENZA (compilare da parte del MMG)

<input type="checkbox"/> persona non autosufficiente	<input type="checkbox"/> temporaneamente	Punteggio scale VMD - RUG <i>Compilare da parte dell'UVD</i>	
<input type="checkbox"/> persona parzialmente autosufficiente		ADL	
<input type="checkbox"/> persona con limitazione lieve dell'autosufficienza	<input type="checkbox"/> permanentemente	IADL	
<input type="checkbox"/> persona autosufficiente ma in situazione di rischio socio-sanitario		SPMSQ	
		FIM	
		RUG	

SEZIONE C - PATOLOGIE: (compilare da parte del MMG)
 N.B. Indicare le categorie diagnostiche dell'ICD-9 CM, numerandole secondo un ordine decrescente di carico assistenziale)

<input type="checkbox"/> Malattie infettive e parassitarie	
<input type="checkbox"/> Tumori	<input type="checkbox"/> Malattie del sistema genito-urinario
<input type="checkbox"/> Malattie endocrine, nutriz., metab., immunitarie	<input type="checkbox"/> Complicanze gravidanza, parto, puerperio
<input type="checkbox"/> Malattie del sangue e organi ematopoietici	<input type="checkbox"/> Malattie della cute e sottocute
<input type="checkbox"/> Disturbi psichici	<input type="checkbox"/> Malattie del sistema muscolo-scheletrico
<input type="checkbox"/> Malattie del sistema nervoso e organi di senso	<input type="checkbox"/> Malformazioni congenite
<input type="checkbox"/> Malattie del sistema cardiovascolare	<input type="checkbox"/> Sintomi, segni e stati morbosi maldefiniti
<input type="checkbox"/> Malattie del sistema respiratorio	<input type="checkbox"/> Traumatismi*, ustioni e avvelenamenti
<input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato digerente	<input type="checkbox"/>

* N.B. le fratture patologiche vanno indicate tra le malattie del sistema muscolo-scheletrico

SEZIONE D - PROBLEMI SANITARI (compilare da parte del MMG)

D.1 - DIAGNOSI DETTAGLIATA PER PROBLEMI SANITARI ATTIVI

SEZIONE E - IMPOSSIBILITA' A DEAMBULARE (compilare da parte del MMG)

<input type="checkbox"/> Impossibilità permanente a deambulare	<input type="checkbox"/> Impossibilità temporanea a deambulare
Descrizione dettagliata: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<input type="checkbox"/> fornitura di ausili e presidi sanitari	

<p>Valutazione dell'U.V.D. in data</p> <p>____/____/____</p> <p><input type="checkbox"/> idoneo <input type="checkbox"/> non idoneo per la tipologia residenziale _____</p>	<p>Componenti dell'U.V.D.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
	<p>Timbro e firma del Coordinatore dell'U.V.D.</p>

PIANO ASSISTENZIALE

Il piano assistenziale sarà rivalutato in data _____

Il Coordinatore dell'U.V.D.
