

**MODULO 3 – RICHIESTA DI VALUTAZIONE**

**RICHIESTA MEDICA DI VALUTAZIONE  
PER L'AMMISSIONE AI SERVIZI SOCIO SANITARI TERRITORIALI  
PER PAZIENTI NON AUTOSUFFICIENTI<sup>1</sup>**

**ALL'ATTENZIONE DI:**

(barrare un solo destinatario)

**Distretto Sanitario di:**

Imperia       Sanremo       Ventimiglia

**Direzione Sanitaria Stabilimento Ospedaliero di:**

Imperia       Sanremo       Bordighera

Il sottoscritto: \_\_\_\_\_ (cognome e nome in stampatello)

Medico di medicina generale (MMG) - Pediatra di Libera Scelta (PLS) - Medico di Continuità Assistenziale

Direttore di Struttura Complessa (o suo delegato) dell'Ospedale \_\_\_\_\_

Responsabile sanitario (o suo delegato) della R.S.A. \_\_\_\_\_

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**PROPONE \*:**

Ricovero per soggetto anziano non autosufficiente presso:

**R.S.A.** \_\_\_\_\_ (specificare)

**R.P. (Residenza Protetta Accreditata) \*\***

Ricovero per soggetto diversamente abile presso:

**Centro Residenziale/Semiresidenziale** \_\_\_\_\_ (specificare)

Ricovero presso:

**HOSPICE SANREMO**

**CURE PALLIATIVE DOMICILIARI**

**ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) per:**

Prestazioni infermieristiche (specificare): \_\_\_\_\_

Prestazioni fisioterapiche (specificare): \_\_\_\_\_

Specificare se si ritiene necessario anche aiuto domestico e familiare  NO  SI

▶ Accessi domiciliari del Medico Medicina Generale/PLS: N°: \_\_\_\_\_ (a cura del MMG/PLS)

**ADP (Assist. Domic. Programm. del MMG/PLS):**  mensile  quindicinale  settimanale (a cura del MMG/PLS)

**ADR (Assist. Domic. del MMG c/o ospiti Residenze Protette)**

**AIUTO DI TIPO SOCIALE NON ABBINATO AD INTERVENTI SANITARI PROGRAMMATI**

Specificare se già compilato e per cosa il modulo prescrittivo aziendale per AUSILI (letti, carrozzine etc):

NO  SI: \_\_\_\_\_

\* Nel caso si ritengano praticabili diverse soluzioni assistenziali, specificarne l'ordine di priorità (inserendo nei quadratini grandi rispettivamente i numeri 1, 2, 3... ed indirizzare la proposta al destinatario della soluzione prioritaria).

\*\* L'utente formulerà le proprie preferenze in allegato a parte presso lo Sportello Unico o le Direzioni Sanitarie

**MODULO 3 – RICHIESTA DI VALUTAZIONE**

Il/la sig/ra \_\_\_\_\_ (cognome e nome)

F. 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Identente a: via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Comune/Località \_\_\_\_\_

TELEFONO dell'interessato e/o suo familiare referente: \_\_\_\_\_

**Qualmente ricoverato presso:**

domicilio diverso dalla residenza (specificare):

Stabilimento Ospedaliero: \_\_\_\_\_

Reparto: \_\_\_\_\_

Dal: \_\_\_\_\_

Struttura Socio-sanitaria : \_\_\_\_\_

Dal: \_\_\_\_\_

Data presunta di dimissione: \_\_\_\_\_

**Diagnosi clinica:**

Data: \_\_\_\_\_

**Timbro e Firma del Medico Proponente**

**► Firma dell'utente\***

Con tale firma l'utente esprime il proprio consenso all'ammissione ai servizi richiesti

**SEZIONE DI AUTORIZZAZIONE CURE DOMICILIARI<sup>2</sup>**

A cura del Distretto Sanitario

autorizza:

**MMG/PLS** Accessi MMG/PLS N° ..... /.....

prestazioni infermieristiche

prestazioni fisioterapiche

**ADP** Accessi autorizzati N° ..... /mensili

**ADR**

partire dal: \_\_\_\_\_ (data)

a:

**Timbro e Firma**

A cura del Medico curante MMG/PLS  
 (se diverso dal proponente)

**Per accettazione**

**Data:**

**Timbro e Firma**