



Compilare in ogni parte e presentare al **DISTRETTO SANITARIO DI** _____

II/LA SOTTOSCRITTO/A (UTENTE) _____ (COD: _____)
(cognome e nome. Se coniugata/vedova indicare entrambi i cognomi) (campo riservato al gestore)

M F ST. CIVILE _____ COD.FISC. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nato/a _____ Prov. (_____) il _____ / _____ / _____

Residente a _____ Prov. (_____)

Indirizzo _____ n. _____ CAP _____

Telefono: _____ Cellulare: _____

APPARTAMENTO (PIANO: _____, ASCENSORE SI NO) CASA INDIPENDENTE

RETE INFORMALE DISPONIBILE: (*CONVIVENTE/CARE GIVER/FAMILIARI/AMICI/ALTRI)
L'UTENTE SI IMPEGNA AD INFORMARE I SOGGETTE DELLA RETE CHE SARANNO ALLERTATI IN CASO DI NECESSITA

COGNOME e NOMÉ	Convivente (si/no)	INDIRIZZO-COMUNE	TELEFONO	CELLULARE	Grado di parentela*	Chiavi (SI/NO)	AIUTO(**) ASSIST

(**) AIUTO/ASSISTENZA PRESTATI: 1=COSTANTE; 2=OCCASIONALE; 3=NESSUNA

MEDICO DI MEDICINA GENERALE

COGNOME/NOME _____ AMB/tel: _____ mail: _____

CHIEDE

ai sensi della L.R. n. 26/1996 e s. m. e i. di poter usufruire del servizio di Teleassistenza domiciliare Regionale "SICURI A CASA".

a tal fine sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

1) di essere in possesso dei seguenti requisiti di accesso al servizio (A + B)

Barrare uno solo dei requisiti **A**

Etá > a 65 anni

Adulto con disabilità psico-fisica

Coppia "fragile" over 75

+

Barrare uno solo dei requisiti **B**

vivo solo/i

vivo solo frazioni di giornate (mattina/pomeriggio/notte)

vivo in progetti di *abitare inclusivo, vita indipendente*, in assenza di operatori/care giver sulle 24 ore

2) di essere nelle condizioni di fragilità socio-sanitaria e sociale prioritaria (P) sotto indicate

Livello di AUTOSUFFICIENZA nelle attività di vita quotidiana (mangiare, vestirsi, lavarsi, muoversi)	<input type="checkbox"/> AUTONOMO (non ho bisogno di aiuto)
	<input type="checkbox"/> PARZIALE (ho bisogno di essere in parte aiutato) (P)
	<input type="checkbox"/> DIPENDENTE (ho bisogno di essere aiutato in tutto) (P)



3) di avere i seguenti criteri prioritari (P) di fragilità socio-sanitaria e sociale

NB: barrare solo le condizioni presenti

- Assunzione di 5 o più diversi farmaci al giorno (P)
- Uno o più ricoveri ospedalieri/RSA o accessi in pronto soccorso negli ultimi 12 mesi (P)
- Difficoltà o ridotta deambulazione (ad esempio sostenuta con ausili) (P)
- La maggior parte del tempo è trascorso in casa e/o le interazioni sociali sono scarse o nulle (P)

e si impegna

- a comunicare al Ente Gestore eventuali variazioni nei dati personali, suoi e dei reperibili (es. cambio recapiti, variazioni numeri telefonici, sostituzione chiavi, altro);

data: ___/___/___ firma Utente/Utenti se nucleo _____

DA COMPILARSI A CURA DEL DISTRETTO SANITARIO: ATTIVAZIONE SERVIZIO SI NO

1) Individuazione del profilo sulla base dell'auto-dichiarazione del richiedente

<input type="checkbox"/> Profilo base A	A1 <input type="checkbox"/> Età 65-74 anni	Fino a un criterio (P)
	A2 <input type="checkbox"/> Coppia "fragile" over 75	
<input type="checkbox"/> Profilo di fragilità maggiore B	B1 <input type="checkbox"/> Over 65 solo	Con due o più criteri (P)
	B2 <input type="checkbox"/> Coppia "fragile" over 75	
	B3 <input type="checkbox"/> Over 75 solo	Con uno o più criteri (P)
	B4 <input type="checkbox"/> Adulti con disabilità psico-fisica	

2) Tipologia servizi

- Telesoccorso - Telecontrollo Pronto intervento con custodia chiavi (se assenza di rete, residente in un capoluogo di provincia o comune limitrofo, incluso chi vive solo anche per frazioni di giornate)
- Agenda Farmaci (per utenti individuati dal distretto ed in collaborazione con il mmg) - Necessario allegare la prescrizione chiara e leggibile del Medico con giorni e orari di assunzione dei farmaci
- Altro (specificare) _____

 DOMANDA PRIORITARIA: Profilo B ___ con numero ___ di criteri prioritari (P)

NOTE/ ALTRE INFORMAZIONI UTILI PER L'EFFICACIA DEL SERVIZIO:

data: ___/___/___ firma incaricato del Distretto Sanitario _____

(copia del presente modulo va rilasciata al richiedente)



DISTRETTO SANITARIO di _____

DATI DELL'UTENTE

Cognome e Nome _____; Telefono / _____; Cellulare _____;
Città _____; Via _____; Civico _____

MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Cognome e Nome _____; Telefono ambulatorio _____; Cellulare _____

SCHEDA SANITARIA: ALLEGARE COPIA DEL "PATIENT SUMMARY" (M.M.G.)

In alternativa, con la collaborazione del Medico di Medicina Generale, riportare le diagnosi relative a problemi attualmente attivi e condizioni di rischio (in stampatello leggibile)

Ultimo ricovero ___/___/_____

Assistenza Infermieristica Domiciliare NO; SI; Telefono _____/_____Frequenza: Tutti i gg.; Settimanale; Mensile; Altro _____

SITUAZIONE SOCIALE

Servizio Sociale di Riferimento _____; Telefono _____; Comune _____

Servizio di Assistenza Domiciliare NO SI Frequenza: _____Assistente Familiare / Badante NO SI Orario _____Condizione di disagio e/o isolamento sociale NO; SI _____

RETI INFORMALI - VOLONTARIATO

Associazioni volontariato presenti/attive nel territorio NO; SI

Se Sì, indicare

Ente/i _____ riferimento telefonico _____ Attività svolta _____

Ente/i _____ riferimento telefonico _____ Attività svolta _____

EVENTUALI NOTE / OSSERVAZIONI (Es: situazione abitativa, informazioni sulla rete di riferimento, altri servizi in attivazione, ecc...)

Data compilazione : ___/___/_____

A cura di: _____; _____
Cognome e Nome Qualifica

Si informa che ai fini della Legge sulla Privacy i dati forniti verranno trattati nel rispetto della normativa vigente e che, in qualità di gestore dei servizi per conto di Enti Pubblici, la società è stata nominata responsabile del trattamento.



DISTRETTO SANITARIO di _____

DATI DELL'UTENTE

_____ ; _____ / _____ ; _____ ;
Cognome e Nome telefono Cellulare
_____ ; _____ ; _____ ;
Città Via Civico

DATI DEL CONVIVENTE

_____ ; _____ ; _____ ;
Cognome e Nome Data e luogo di nascita Cellulare

MEDICO/I DI MEDICINA GENERALE

_____ ; _____ / _____ ; _____ ;
Cognome e Nome Telefono ambulatorio Cellulare
_____ ; _____ / _____ ; _____ ;
Cognome e Nome Telefono ambulatorio Cellulare

SCHEDA SANITARIA: ALLEGARE COPIA DEL "PATIENT SUMMARY" (M.M.G.)

In alternativa, con la collaborazione del Medico di Medicina Generale, riportare le diagnosi relative a problemi attualmente attivi e condizioni di rischio (in stampatello leggibile)

SCHEDA UTENTE _____ ; _____ _____ _____ _____ Ultimo ricovero ___/___/___	SCHEDA CONVIVENTE _____ ; _____ _____ _____ _____ Ultimo ricovero ___/___/___
---	---

Assistenza Infermieristica Domiciliare NO; SI per _____
Telefono _____ Frequenza: Tutti i gg.; Settimanale; Mensile; Altro _____

SITUAZIONE SOCIALE

_____ ; _____ / _____ ; _____ ;
Servizio Sociale di Riferimento Telefono Comune
Servizio di Assistenza Domiciliare NO SI per _____ Frequenza: _____
Condizione di disagio e/o isolamento sociale NO SI _____

RETI INFORMALI - VOLONTARIATO

Associazioni volontariato presenti/attive nel territorio NO; SI Se Si, indicare
Ente/i _____ riferimento telefonico _____ Attività svolta _____
Ente/i _____ riferimento telefonico _____ Attività svolta _____

EVENTUALI OSSERVAZIONI (Es: situazione abitativa, informazioni sulla rete di riferimento, altri servizi in attivazione, ecc...)

Data compilazione : _____ / _____ / _____ A cura di: _____ ;
Qualifica _____ Firma _____

Si informa che ai fini della Legge sulla Privacy i dati forniti verranno trattati nel rispetto della normativa vigente e che, in qualità di gestore dei servizi per conto di Enti Pubblici, la società è stata nominata responsabile del trattamento.