



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.