

Appendice 1. Scheda domanda di accesso all'assistenza territoriale demenze

ATTIVAZIONE CDCD SEGNALAZIONE/PROPOSTA DI ATTIVAZIONE/RINNOVO ASSISTENZA TERRITORIALE DEMENZE Da inviare a: email cdc.d.jesi@sanita.marche.it ; asp.ambitonove@aspambitonove.it

MMG Dott. _____ della provincia di _____

SEZIONE A- DATI ANAGRAFICI E SEGNALAZIONE BISOGNI ASSISTITO (a cura del MMG)

COGNOME	NOME	SESSO
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	INVALIDITA' CIVILE/INDENNITA' DI ACC. (sì/no e eventualmente quale)
COMUNE DI RESIDENZA	VIA	N. TELEFONO PAZIENTE
CODICE FISCALE	REFERENTE FAMILIARE	N. TELEFONO CAREGIVER

Per il suo assistito richiede:

RICOVERO C/O RP-D (R3D)

RICOVERO C/O RSA-D (R2D)

CENTRO DIURNO DEMENZE

SEZIONE B- PROBLEMI SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI (a cura del MMG)

DIAGNOSI E SINTESI DEI PROBLEMI SANITARI			
TERAPIA IN ATTO			
PROBLEMI SOCIO-ASSISTENZIALI	<input type="checkbox"/> Legati a carichi assistenziali	<input type="checkbox"/> Legati a risorse socio-assistenziali	<input type="checkbox"/> Legati a risorse economiche
SINTESI DEI PROBLEMI SOCIO-ASSISTENZIALI			

SEZIONE C- ACCESSI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (a cura del MMG)

OGNI..... GG <input type="checkbox"/>	SETTIMANALE <input type="checkbox"/>	QUINDICINALE <input type="checkbox"/>	MENSILE <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------

Data compilazione _____

Timbro, codice regionale e firma del MMG