

**Scheda domanda di accesso all'assistenza territoriale demenze**

**ATTIVAZIONE CDCD  
SEGNALAZIONE/PROPOSTA DI ATTIVAZIONE/RINNOVO  
ASSISTENZA TERRITORIALE DEMENZE**

Da inviare a: email [cdcd.jesi@sanita.marche.it](mailto:cdcd.jesi@sanita.marche.it); [asp.ambitonove@aspambitonove.it](mailto: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. (si/no ed 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 regione e firma MMG