

Necessità assistenziali di tipo infermieristico:

1) a domicilio: _____

2) in struttura: _____

Necessità riabilitative/riattivative: _____

Interventi medici: _____

Necessità di prestazioni specialistiche: _____

OBIETTIVI GENERALI:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Proposte specifiche: _____

Utile controllo obiettivi entro: _____

INSERIMENTO nella RETE dei SERVIZI SOCIO-SANITARI INTEGRATI (L.R. 5/94)

Centro Diurno: _____ preferenza per: _____

certificazione di non autosufficienza dal: _____ onere per disturbo comportamentale: SI NO

Casa Protetta: _____ preferenza per: _____

certificazione di non autosufficienza dal: _____ indicazioni per il case-mix: A B C D

Struttura ad alta intensità sanitaria/RSA: _____

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) con interventi di:

Medico di Medicina Generale: _____

Servizio Assistenza Domiciliare (SAD): accessi settimanali proposti dalla U.V.G. n° _____

certificazione di non autosufficienza a partire dal: _____

Servizio Infermieristico Domiciliare (SID): N° accessi

settimanali: _____

Prestazioni occasionali: _____ Già in carico al Servizio: SI NO

Prestazioni specialistiche a domicilio consigliate: _____

Eventuali interventi riabilitativi a domicilio consigliati: _____

Teleassistenza-Telesoccorso

Assegno di cura: decurtazione del 50% per I.C. con accompagnamento SI NO

livello A **livello B** **livello C**

L' Unità di Valutazione Geriatrica Distrettuale:

Il familiare referente (per accettazione del programma): _____

OSSERVAZIONI: _____

Il sottoscritto/a _____ *nato/a il* _____

e residente a: _____

informato sulle disposizioni della legge 675/96 per la tutela dei dati personali **AUTORIZZA** *il Servizio Salute Anziani del Distretto di Mirandola-A.USL di Modena, al trattamento dei propri dati personali.*

In fede _____