ASL LATINA

REGIONE LAZIO

Modello unico per attivazione RSA

(da compilarsi a cura del MMG/PLS o Medico Ospedaliero o altra Struttura Ospitante/Medico Specialista Ambulatoriale)

Cognome _____ Nome _____ Sesso F M

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Indirizzo (residenza) _____

Indirizzo di domicilio (se diverso da quello di residenza) _____

Codice Fiscale _____ Telefono _____

Comune di Residenza _____ Municipio _____ (solo per Roma)

Persona di riferimento _____ _____
(specificare se familiare o altro) Cognome Nome Recapito Telefonico

Diagnosi e descrizione problema principale:

Altre condizioni cliniche:

- diabete
- insufficienza respiratoria
- esiti altre patologie ortopediche
- paralisi cerebrale infantile
- cardiopatia
- epatopatie non alcoliche
- malattie osteomuscolari
- demenza
- malattia psichiatrica
- insufficienza cardiaca
- epatopatie alcoliche
- neoplasie
- altre malattie neurologiche
- disabilità intellettiva
- malattie vascolari
- esiti frattura femore
- esiti di ictus
- disturbi sensoriali
- disturbo generalizzato dello sviluppo

altro _____

Terapie in atto:

CONDIZIONI CLINICHE ATTUALI (dati di rilievo)

Stabilità clinica:	Stabile		Moderatamente instabile	Instabile
Stato di coscienza: Orientato	nello spazio		nel tempo	confuso
	soporoso		stuporoso	coma
Disturbi cognitivi:	Assenti/lievi		Moderati	Gravi
Disturbi comportamentali:	Assenti/Lievi		Moderati	Gravi

ASL Latina
Viale Pierluigi Nervi
04100 Latina

Tel +39 0773 6551
www.ausl.latina.it
p.iva 01684950593

ASL LATINA

REGIONE LAZIO

Dolore: 0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10 (0=assenza di dolore; 10=massimo dolore immaginabile)

Mobilità: Indipendente (anche con carrozzina) Cammina con l'aiuto di una persona
Totalmente dipendente (allettato o carrozzina spinta da altri)

Alimentazione: Si alimenta autonomamente Necessità di assistenza per alimentarsi Rifiuta di alimentarsi

Vive: Solo Con coniuge Con figli Con genitori Con fratelli
Altro _____

Assistito da: Familiari Altre presenze (vicini, badante) _____

Paziente trasportabile: Si No

Necessità assistenziali

- Chemio/Radioterapia
- Drenaggi
- PEG
- NAD
- Catetere peridurale
- Ileostomia
- Ossigenoterapia (OLT)
- Broncoaspirazione: drenaggio posturale
- Catetere venoso central
- Tracheostomia
- Colostomia
- Dialisi
- SNG
- Catetere sovrapubico
- Uretronefrostomia
- Ulcere cutanee
- Riabilitazione
- Ventilazione meccanica assistita
- Emotrasfusione periodica
- Catetere vescicale:
  - a permanenza
  - a intermittenza

Altro _____

Percorso richiesto: R.S.A.

Il compilatore: MMG/PLS Medico Ospedaliero

Cognome _____ Nome _____

Recapito tel. _____ e-mail _____

Per il Medico Ospedaliero o altra Struttura Ospitante si chiede di specificare:

Ospedale _____ Unità Operativa _____

Data, _____ Timbro e Firma _____