

8.5 - ASS - MODULO ACCESSO STRUTTURA SANITARIA

Il sottoscritto.....

In qualità di (specificare professionalità sanitaria).....

Operante presso.....

telefono.....e-mai.....

Chiede l'ammissione al Centro del sig. /sig.a:

Nome e cognome

Data e luogo di nascita:

Comune e via di residenza.....

Telefono cell..... e-mail.....

In trattamento o ricoverato presso.....

Dal

Informazioni sanitarie:

diagnosi dettagliata della patologia (breve raccordo anamnestico)

.....
.....
.....
.....

causa della patologia

insorgenza della patologia

motivo della richiesta di accesso al Centro.....

.....
.....

condizioni generali.....

.....

condizioni neuro-motorie.....
.....
.....
PEG NO () SI () dal.....
Tracheostomia si no data della tracheostomia.....
Limitazioni articolari
Sensibilità
Linguaggio verbale
Comunicazione non verbale
Lesione da decubito.....
.....
Ritardo Mentale assente () presente () : lieve () medio () grave()
Deterioramento cognitivo assente () presente () : lieve () medio () grave()
Limitazioni visuomotorie : assente () presente () : lieve () medio () grave()
Limitazioni visive (breve descrizione).....
.....
Classificazione ASIA (eventuale)
Scala FIM
Valutazione SCIM (eventuale)
Indice BARTHEL
Limitazioni urologiche
Limitazioni muscolo-scheletriche
Altro.....

Problematiche da affrontare:

- Difficoltà nell'autonomia delle attività di vita quotidiana.
- Scelta di ausili di postura e mobilità (carrozzina, unità posturali, ecc)
- Valutazione della postura in carrozzina.
- Abbattimento delle barriere architettoniche nella propria abitazione e/o luogo di lavoro/studio.
- Acquisizione o miglioramento dell'autonomia con il proprio veicolo di trasporto
- Patente speciale

-
- Comunicazione Aumentativa Alternativa
 - Domotica
 - Accessibilità informatica
 - Orientamento allo sport per persone con disabilità
 - Guida all'ottenimento dei diritti.
 - Orientamento lavorativo e di studio.
 - Consulenza sanitaria di orientamento
 - Altro
-

- Urgenza

Motivo

L'ammissione è subordinata alla valutazione della disabilità complessiva da parte dell'équipe del Centro. La Persona con Disabilità, posta in lista di attesa, sarà presa in carico dall'équipe del centro in base alla disponibilità.

La firma di questa richiesta impegna il personale sanitario richiedente e la Persona a concordare il progetto riabilitativo con l'équipe del Centro per l'Autonomia, a rispettarne le modalità attuative ed i tempi di dimissione. E' indispensabile presentare anche copia dell'istanza di invalidità o lo stato di handicap grave.

Data.....

firma del sanitario richiedente

.....

firma della persona con disabilità o familiare

.....

Autorizzo al trattamento dei dati personali in accordo alla normativa sulla privacy
(Regolamento europeo 2016/679 sulla protezione dei dati personali).

firma del sanitario richiedente

.....

firma della persona con disabilità o familiare

.....