



**DISTRETTO DI \_\_\_\_\_ - U.O.S. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE  
 ASSISTENZA PROGRAMMATA DEI MEDICI GENERICI DI LIBERA SCELTA  
 PER I SOGGETTI NON AMBULABILI IN CASA DI RIPOSO  
 (Ai sensi dell'allegato G, artt. 45-53-59, ACN 23 marzo 2005 ed integrativo 29 luglio 2009)**

Casa di riposo: \_\_\_\_\_ Iscr. Albo Comunale n. \_\_\_\_\_  
 Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

*Il sottoscritto:*

Dott.	Cod. reg.
Indirizzo studio	Tel.

**CHIEDE**

l'attivazione del servizio domiciliare in **Casa di riposo** per il/la paziente:

<i>Cognome</i>	<i>Nome</i>	<i>C.F.</i>	<i>Cognome del coniuge</i>
<i>Luogo e data di nascita</i>	<i>Ospite della struttura dal</i>		<i>Tel.</i>

**ANAMNESI:**

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

**PATOLOGIE:**

- Impossibilità permanente a deambulare
- Impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni
- Impossibilità per gravi patologie che necessitino di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico, quali:
  - insufficienza cardiaca in stadio avanzato
  - insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale
  - arteriopatia obliterante degli arti inferiori in stadio avanzato
  - gravi artropatie degli arti inferiori con grave limitazione
  - cerebropatici e cerebrolesi, con forme gravi
  - paraplegici e tetraplegici
- altre patologie in atto

.....  
 .....

TRASCORSI 15 GIORNI DALLA PRESENTAZIONE DEL PRESENTE PROGRAMMA SENZA RISCONTRO, SI INTENDE A TUTTI GLI EFFETTI APPROVATO

IL MEDICO SI IMPEGNA A COMUNICARE ALLA ASP, SENZA RITARDO E MOTIVANDOLE, TUTTE LE VARIAZIONI ( DOMICILIO, EVENTUALI RICOVERI, MUTATE CONDIZIONI CLINICHE , EXITUS ) RISPETTO AL PROGRAMMA DI ASSISTENZA PROPOSTA.

RESTA CONCORDATO CHE IL NON RISPETTO DI QUANTO SOPRA SPECIFICATO NONCHE' DELLA CADENZA PREVISTA, **SENZA PREVENTIVA GIUSTIFICATA MOTIVAZIONE**, COMPORTA L' AUTOMATICA INTERRUZIONE DEL PROGRAMMA STESSO.

ACCESSO PROPOSTO: (*barrare la voce che interessa*):  
 settimanale    quindicinale    mensile

PARTE RISERVATA ALL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE	
Accesso concordato alla presentazione: <input type="checkbox"/> settimanale <input type="checkbox"/> quindicinale <input type="checkbox"/> mensile	
Il Medico conv. _____	Il Medico funzionario _____

Data presentazione \_\_\_\_\_

*Timbro e firma  
 del Medico convenzionato*