

ALLEGATO ADP

A.S.L. _____ Distretto _____ località del distretto _____

ASSISTENZA SANITARIA MEDICINA DI BASE

Assistenza Domiciliare Programmata nei confronti dei pazienti non ambulabili (ADP)
DPR 270/2000 art. 39 lettera b), Allegato G

Generalità _____ Data di nascita _____

Via _____ n° _____

Località _____

C.F. _____ tel. _____

Come da art.2 Allegato G, le caratteristiche dei casi soggetti ad intervento riguardano pazienti con impossibilità a raggiungere lo studio del medico, quali ad esempio:

- a) impossibilità permanente a deambulare (es. grandi anziani con deficit alla deambulazione, portatori di protesi agli arti inf. con gravi difficoltà a deambulare)
- b) impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni (paziente non autosufficiente o abitante in un piano alto e senza ascensore);
- c) 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.

Diagnosi circostanziata _____

Durata dell'assistenza (non superiore ad un anno, salvo proroga): _____

Frequenza degli accessi (barrare): settimanale quindicinale mensile

Firma e Timbro

Per il responsabile del distretto (Allegato G art.3 comma 5,6,7)

ATTIVAZIONE: SI
 NO (specificare dettagliatamente): _____

in caso di contenzioso:

Valutazione Commissione Allegato G art.3 c7

(specificare dettagliatamente) _____

REGIONE CAMPANIA
A.S.L. _____

ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA
Registro Sanitario Domiciliare

Medico di Assistenza Primaria _____

Distretto Sanitario N. ____ - ____ Ambito _____

Timbro e firma

GENERALITÀ DEL PAZIENTE

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov. _____

Codice fiscale _____

Residenza _____

Domicilio _____

Recapiti telefonici _____

Cause di non Ambulabilità _____

REGIONE CAMPANIA
A.S.L. _____

ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA
Registro Sanitario Domiciliare

Medico di Assistenza Primaria _____

Distretto Sanitario N. ____ - ____ Ambito _____

Timbro e firma

GENERALITÀ DEL PAZIENTE

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov. _____

Codice fiscale _____

Residenza _____

Domicilio _____

Recapiti telefonici _____

Cause di non Ambulabilità _____

DIARIO CLINICO

Data	Motivo/Azioni	Note	Qualifica e Firma Operatore

DIARIO CLINICO

Data	Motivo/Azioni	Note	Qualifica e Firma Operatore

Interventi Sanitari Extra-Domiciliari**Ricovero ospedaliero**

Dal	Al	Motivo

Ricovero in Casa di Cura e strutture di Riabilitazione

Dal	Al	Motivo

Ricovero in Day Hospital

Dal	Al	Motivo

Ricovero in R.S.A.

Dal	Al	Motivo

Interventi Assistenziali nei 12 Mesi Precedenti ADP

Dal	Al	Motivo

**INTERVENTI DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
E DEL SERVIZIO DI EMERGENZA**

Data	Descrizione del Problema e dell'Intervento	Qualifica e Firma leggibile