

**SCHEDA PROPOSITIVA DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

Al Responsabile Servizio A.D.I.

Il/la sottoscritt- Dot \_\_\_\_\_ Ambulatorio: \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Orario \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Avuto il consenso del paziente o dei familiari all'assistenza a domicilio

Chiede l'attivazione dell'A. D. I.

Chiede la proroga dell'A.D.I.

Per l'Assistito _____	residente a _____
Domiciliato a _____ tel. _____	In via _____ n° _____ cell. _____
Nato il _____ A _____	cià _____ COD. FISC. _____
affett- da _____	
Inv. Civ. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì per _____	Esenzione Ticket <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

necessita delle seguenti prestazioni integrate:

assistenza infermieristica per:  ter. Infusionale  modificazioni  gestione C.VC.  
 altro \_\_\_\_\_

assistenza riabilitativa  ass. specialistica  ass. sociale

cadenza accessi M.M.G.:  settimanale  bisettimanale  ()  altro \_\_\_\_\_

il paziente è reperibile presso:  il proprio domicilio ( a seguito dimissioni osp.(SI) - (NO)  
reparto: \_\_\_\_\_ )  ospedale \_\_\_\_\_

composizione del nucleo familiare \_\_\_\_\_

persone di riferimento:

Sig. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_

Sig. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_

UTENTE CHE HA GIÀ USUFRUITO DEL SERVIZIO A.D.I.

data \_\_\_\_\_

timbro e firma del Medico M. G. Richiedente