

PROPOSTA ATTIVAZIONE ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA (ADP)**Generalità dell'assistito (riportare tutti i dati richiesti):**

Cognome e nome			
Luogo di nascita		Data di nascita	
Tessera sanitaria		Codice fiscale	
Indirizzo		Comune	
Parente di riferimento		Recapito telefonico	
Numero componenti del Nucleo Familiare (escluso il malato e l'Assistente)		Assistente non familiare presente	<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO

SINTESI CLINICA: _____

_____DIAGNOSI O CONDIZIONE CHE MOTIVA
ADP: _____

- **Motilità:** si sposta da solo si sposta assistito non si sposta
- **Autonomie Vita Quotidiana:** autonomo parzialmente dipendente dipendente totalmente
- **Disturbi cognitivi:** assenti/lievi moderati gravi
- **Disturbi comportamentali:** assenti/lievi moderati gravi
- **Supporto Sociale:** presente presenza parziale o temporanea assente

Secondo l'art. 2 dell'Allegato G le caratteristiche delle persone cui proporre l'Assistenza Domiciliare Programmata sono:

- 1) impossibilità permanente alla deambulazione
- 2) impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni
- 3) impossibilità per gravi patologie che necessitino di controlli periodici, sia in relazione al quadro socio-ambientale che al quadro clinico.

FREQUENZA DEGLI ACCESSI PROGRAMMATI: settimanale quindicinale mensile

DURATA PREVISTA DELL'ADP _____

TIMBRO E FIRMA del M.M.G.

DATA _____