

<i>ISCHIA</i>	<i>CASAMICCIOLA TERME</i>	<i>LACCO AMENO</i>	<i>FORIO</i>	<i>SERRARA FONTANA</i>	<i>BARANO D'ISCHIA</i>	<i>PROCIDA</i>
						

AMBITO SOCIALE N13



ALLA PORTA UNITARIA D'ACCESSO

Presso l'Ufficio/Antenna Sociale del Comune di _____

Presso l'U.O. _____ Distretto 36 ASL NA 2 NORD

N. Prot. interno _____ data compilazione scheda _____

Richiesta di segnalazione a cura di:

Unità Operativa Distrettuale: _____

Servizio Sociale professionale di: _____ Segretariato Sociale di: _____

M.M.G P.L.S.

U.O. ospedaliera: _____

familiare /parente componente della rete informale tutore giuridico amministratore di sostegno strutture residenziali : _____ strutture semiresidenziali: _____

Altro _____

Nominativo operatore: _____

DATI DELL'ASSISTITO

Cognome _____ Nome _____

Luogo Nascita _____ Data nascita ___ / ___ / _____ Genere M F

Codice Fiscale _____

Straniero temporaneamente presente (STP) Codice STP _____

Comune di residenza _____ CAP _____

Indirizzo dell'Assistito: _____

Recapiti Telefonici _____ e-mail _____

Regione di residenza dell'assistito _____

A.s.l. di residenza dell'assistito _____

Nazionalità: italiana Straniero, cittadinanza: _____

Profilo Personale

Stato civile celibe/nubile coniugato/a separato/a divorziato/a vedovo/a convivente

non dichiarato

Istruzione

nessuna licenza elementare media inferiore media superiore diploma universitario

laurea non dichiarato

Condizione lavorativa: Occupato/a occupazione stabile occupazione temporanea

occupazione precaria in forma dipendente in forma autonoma disoccupato/a inoccupato

cassintegrato/a casalinga studente pensionato/a inabile al lavoro

Altro (Specificare).....

Medico dell'assistito: MMG PLS nome: _____ cognome: _____

Indirizzo: _____ tel _____

e-mail _____ ASL _____ distretto n. _____

Utente già in carico

Servizi sociali Servizi sanitari Altro (specificare)

Attualmente fruisce di servizi: Servizi sociali Servizi sanitari Altro (specificare)

Richiesta espressa dall'utente:

X assegno di cura (Sostituisce le ore di prestazioni di "assistenza tutelare ed aiuto infermieristico" garantite dall'oss di competenza dell'Ambito Territoriale e costituiscono la quota di spesa sociale dei piani di assistenza individualizzati/P.A.I. di Cure Domiciliari Integrate/ADI. E' nel contempo aggiuntivi e complementari a ogni altra prestazione o intervento a carattere esclusivamente sociale erogata dai Comuni dell'Ambito per una presa in carico

globale dell'assistito e della sua famiglia, come ad es.: il trasporto, il segretariato sociale ecc, ad esclusione dei voucher per l'assunzione di badanti)

- Assistenza domiciliare Ricovero in strutt. residenziale Ricovero in strutt. Semiresidenziale Contributo economico
Altro (specificare)

Bisogno rilevato dall'operatore:

Motivazioni della richiesta dell'operatore:

- Anziano "fragile" e patologie geriatriche con riduzione dell'autonomia
 Disabilità fisico/psichica, pluripatologie e patologie cronico-degenerative che determinano riduzione dell'autonomia
 Malattia acuta temporaneamente invalidante o stabilizzazione stato clinico (post acuzie)
 Insufficienza del supporto familiare/famiglia non in grado di provvedere
 Solitudine Alloggio non idoneo Dimissione socio-sanitaria protetta da reparto ospedaliero o da struttura residenziale Tossicodipendenza Altro:

Prima valutazione

- bisogno semplice sociale sanitario Bisogno complesso Caso urgente

Attivazione dei Servizi:

Servizi attivati: sociale sanitario invio al percorso integrato /attivazione U.V.I.

Eventuale documentazione allegata:

RUOLO _____ FIRMA OPERATORE _____

Consenso informato

Il Sottoscritto _____

in qualità di (specificare) _____

autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs 196/2003 SI NO

Luogo e Data _____ Firma _____

MODULO PER LA PROPOSTA DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI

AL DISTRETTO SANITARIO

U.O. Anziani e Cure Domiciliari U.O. Assistenza Riabilitativa
 U.O. Materno Infantile S.E.R.T. U.O. Salute Mentale

Dati anagrafici dell'assistito

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Codice fiscale _____

Comune di nascita _____ Comune di residenza _____

Indirizzo (domicilio attuale) _____

Numeri di telefono (casa e cell.) _____

Titolo di studio _____

N° di familiari conviventi _____

Patologia prevalente che determina l'attivazione dell'assistenza:

Patologie concomitanti che condizionano la presa in carico:

Stato civile: Coniugato Vedovo/a Celibe/nubile Separato/Divorziato

Esenzione ticket: Età Invalidità Patologia Reddito Accompagnamento

Indicazioni sulle prestazioni assistenziali

Macrolivello di Assistenza:

Ambulatoriale Domiciliare Semiresidenziale Residenziale

In caso di sola Assistenza Domiciliare:

Paziente oncologico Paziente terminale Ass. medico generica Ass. medico generica

Medico specialistica Infermieristica Riabilitativa Terapia del dolore

Dimissione Protetta da struttura di ricovero (allegare richiesta della struttura)

Nutrizione Artificiale Domiciliare

Assistenza tutelare* Assistenza domestica*

*prestazioni a carico dei Comuni e/o in compartecipazione ASL-Comuni

Il Medico di Medicina Generale
(timbro e firma)

