ast MACERATA MARCHE

RICHIESTA di AMMISSIONE PROTETTA

Al Direttore del Distretto di Civitanova Marche

Inviare la richiesta tramite e- mail al P.U.A. di Civitanova Marche : *pua_civm.ast.mc@sanita.marche.it* **Tel. 0733/823438**

Il /La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa, _____ **richiede per**

il/la signor/a _____ ☐M ☐F

nato/a a _____ il ___/___/_____ residente a _____

in via _____ n. _____ tel._____

l'ammissione nella seguente Struttura/Setting Assistenziali nei posti letto in convenzione con AST Macerata Distretto di Civitanova Marche *(tracciare una x sulla casella corrispondente)*

	Struttura/Setting			Struttura/Setting			Struttura/Setting	
☐	ODC Recanati	R1	☐	RP IRCER Recanati	R3	☐	RP M.S. Giusto	R3
☐	RSA Recanati	R2	☐	RP Villa Letizia Civitanova M.	R3	☐	RP "Gervasi" Porto Recanati	R3
☐	RSA Villa Margherita Civitanova M	R2	☐	RP S.M. in Chienti Montecosaro	R3			
☐	RSA S.M. in Chienti Montecosaro	R2	☐	RP A. Gatti Montecosaro	R3	☐	RPD IRCER Recanati	R3D
			☐	RP Potenza Picena	R3	☐	RPD Villa Letizia Civitanova M.	R3D
☐	RSAD S.M. in Chienti Montecosaro	R2D	☐	RP Montefano	R3	☐	RPD S.M. in Chienti Montecosaro	R3D

(per Residenza Protetta nucleo Demenza RPD(R3D) / Residenza Sanitaria Assistenziale nucleo Demenza RSAD (R2D) allegare valutazione Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) / NEUROLOGICA)

Condizioni Sociali	☐ vive solo ☐ con familiari _____ ☐ con altri _____ familiare referente Sig./Sig.ra_____ tel. _____
Il paziente e/o il familiare referente è stato debitamente informato ed acconsente alla presente richiesta	***Firma del Paziente/Familiare*** _____

Problematiche Sanitarie / Assistenziali in atto:

_____

_____

_____

☐ **Stabilità Clinica** ☐ **Basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica** ☐ **Farmaci H** ☐ **TAO**

Stato neuropsichico	☐ vigile e collaborante ☐ disorientato ☐ ansioso ☐ depresso ☐ altro _____
Respirazione	☐ autonoma ☐ ossigenoterapia h/die _____ lt/min _____ ☐ tracheostomia ☐ altro_____
Alimentazione	☐ autonoma ☐ inserito in programma (NAD) ☐ sondino naso-gastrico ☐ PEG ☐ parenterale ☐ altro_____
Eliminaz. urinaria	☐ autonoma ☐ catetere tipo _____ ch _____ data sost _____ ☐ pannolone ☐ urostomia ☐ nefrotomia ☐ epicistostomia ☐ altro_____
Eliminaz. intestinale	☐ autonoma ☐ colostomia ☐ ileostomia ☐ pannolone ☐ altro_____
Cute	☐ integra ☐ presenza di LdP in sede_____ stadio _____ ☐ ferite chirurgiche ☐ ulcere vascolari ☐ altro_____ trattamento:_____
Dolore	valore _____ sede _____ terapia ☐ si ☐ no
Presidi/Dispositivi	☐ drenaggi (tipo e sede)_____ ☐ CVP posizionato il _____ ☐ CVC in sede_____ tipo _____ ultima med _____
Visita Fisiatrica	effettuata: ☐ si *(allegare copia consulenza)* data _____ ☐ no
Mobilità	☐ autonoma ☐ con ausili ☐ con aiuto ☐ allettato ☐ letto/poltrona ☐ postura obbligata per patol. ***necessita di:*** ☐ letto con sponde ☐ materasso antidecubito ☐ carrozzina ☐ deambulatore ☐ altro_____

Data ___/___/_____ **Timbro e Firma MMG** _____

☐ **Ammesso** ☐ **Non Ammesso**

Data ___/___/_____ ***Timbro e Firma Dirig. Medico Distretto***.....