

### Scheda di selezione del paziente

Cognome:..... Nome:..... Sesso: M F

Data e luogo di nascita:.....

C.F.: ..... Tessera sanitaria: .....

Indirizzo:.....

Tel.:..... Cell.:.....

Familiari di riferimento: .....

Con chi abita il paziente: .....

Medico curante: ..... Tel.: .....

Medico proponente l'Assistenza Domiciliare: .....

Diagnosi: .....

Storia e stadio di malattia: .....

.....

#### **Prestazioni attese dalla Assistenza Domiciliare medica ed infermieristica**

Supporto trasfusionale  frequenza: .....

Prelievi  frequenza: ..... Infermieri territoriali o ADI: SI NO

Autonomia del paz.: **Completamente autosufficiente** **Parzialmente autosufficiente** *può necessitare di aiuto per la deambulazione e/o per alcune attività della giornata* **Prevalentemente allettato** *necessita di assistenza per alzarsi dal letto e per le attività della giornata* **Completamente allettato e dipendente**

Assente	Lieve	Moderato	Forte	Atroce
---------	-------	----------	-------	--------

Dolore:

Sede del dolore: .....

Uso di analgesici/antidolorifici: .....

Presenza di accessi venosi centrali: SI NO se si di che tipo: .....

Richiesta di sostegno psicologico: SI NO

Richiesta di assistenza del fisioterapista SI NO

Consenso informato all'assistenza domiciliare e alle trasfusioni: SI NO

Note: .....

Data: .....

Firma del MMG: .....

Inviare via FAX alla sede dell'A.I.L. al seguente numero: 0574/603282

oppure via e-mail al seguente indirizzo: [ail.prato@ail.it](mailto:ail.prato@ail.it)