



Compilare in ogni parte e presentare al **DISTRETTO SANITARIO DI** _____

II/LA SOTTOSCRITTO/A (UTENTE) _____ (COD: _____)
(cognome e nome. Se coniugata/vedova indicare entrambi i cognomi) (campo riservato al gestore)

M F ST. CIVILE _____ COD.FISC. | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Nato/a _____ Prov. (_____) il ____/____/____

Residente a _____ Prov. (_____)

Indirizzo _____ n. _____ CAP _____

Telefono: _____ Cellulare: _____

APPARTAMENTO (PIANO: _____, ASCENSORE SÌ NO) CASA INDIPENDENTE

RETE INFORMALE DISPONIBILE: (*CONVIVENTE/CARE GIVER/FAMILIARI/AMICI/ALTRI)
L'UTENTE SI IMPEGNA AD INFORMARE I SOGGETTE DELLA RETE CHE SARANNO ALLERTATI IN CASO DI NECESSITA

COGNOME e NOME	Convivente (si/no)	INDIRIZZO-COMUNE	TELEFONO	CELLULARE	Grado di parentela*	Chiavi (SI/NO)	AUTO(**) ASSIST

(**) AIUTO/ASSISTENZA PRESTATO: 1=COSTANTE; 2=OCCASIONALE; 3=NESSUNA

MEDICO DI MEDICINA GENERALE

COGNOME/NOME _____ AMB/tel: _____ mail: _____

CHIEDE

ai sensi della L.R. n. 26/1996 e s. m. e i. di poter usufruire del servizio di Teleassistenza domiciliare Regionale "SICURI A CASA".

a tal fine sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA**1) di essere in possesso dei seguenti requisiti di accesso al servizio (A + B)**

Barrare uno solo dei requisiti A <input type="checkbox"/> Età > a 65 anni <input type="checkbox"/> Adulto con disabilità psico-fisica <input type="checkbox"/> Coppia "fragile" over 75	+	Barrare uno solo dei requisiti B <input type="checkbox"/> vivo solo/i <input type="checkbox"/> vivo solo frazioni di giornate (mattina/pomeriggio/notte) <input type="checkbox"/> vivo in progetti di <i>abitare inclusivo, vita indipendente</i> , in assenza di operatori/care giver sulle 24 ore
---	---	---

2) di essere nelle condizioni di fragilità socio-sanitaria e sociale prioritarie (P) sotto indicate

Livello di AUTOSUFFICIENZA nelle attività di vita quotidiana (mangiare, vestirsi, lavarsi, muoversi)	<input type="checkbox"/> AUTONOMO (non ho bisogno di aiuto) <input type="checkbox"/> PARZIALE (ho bisogno di essere in parte aiutato) (P) <input type="checkbox"/> DIPENDENTE (ho bisogno di essere aiutato in tutto) (P)
--	---

**3) di avere i seguenti criteri prioritari (P) di fragilità socio-sanitaria e sociale**

NB: barrare solo le condizioni presenti

- Assunzione di 5 o più diversi farmaci al giorno (P)
- Uno o più ricoveri ospedalieri/RSA o accessi in pronto soccorso negli ultimi 12 mesi (P)
- Difficoltà o ridotta deambulazione (ad esempio sostenuta con ausili) (P)
- La maggior parte del tempo è trascorso in casa e/o le interazioni sociali sono scarse o nulle (P)

e si impegna

- a comunicare al Ente Gestore eventuali variazioni nei dati personali, suoi e dei reperibili (es. cambio recapiti, variazioni numeri telefonici, sostituzione chiavi, altro);

data: ____/____/____ firma Utente/Utenti se nucleo _____

DA COMPILARSI A CURA DEL DISTRETTO SANITARIO: ATTIVAZIONE SERVIZIO SI NO **1) Individuazione del profilo sulla base dell'auto-dichiarazione del richiedente**

<input type="checkbox"/> Profilo base A	A1 <input type="checkbox"/> Età 65-74 anni	Fino a un criterio (P)
	A2 <input type="checkbox"/> Coppia "fragile" over 75	
<input type="checkbox"/> Profilo di fragilità maggiore B	B1 <input type="checkbox"/> Over 65 solo	Con due o più criteri (P)
	B2 <input type="checkbox"/> Coppia "fragile" over 75	
	B3 <input type="checkbox"/> Over 75 solo	Con uno o più criteri (P)
	B4 <input type="checkbox"/> Adulti con disabilità psico-fisica	

2) Tipologia servizi

- Telesoccorso - Telecontrollo Pronto Intervento con custodia chiavi (se assenza di rete, residente in un capoluogo di provincia o comune limitrofo, incluso chi vive solo anche per frazioni di giornate)
- Agenda Farmaci (per utenti individuati dal distretto ed in collaborazione con il mmg) - Necessario allegare la prescrizione chiara e leggibile del Medico con giorni e orari di assunzione dei farmaci
- Altro (specificare) _____

 DOMANDA PRIORITARIA: Profilo B ____ con numero ____ di criteri prioritari (P)**NOTE/ ALTRE INFORMAZIONI** UTILI PER L'EFFICACIA DEL SERVIZIO:

data: ____/____/____ firma incaricato del Distretto Sanitario

(copia del presente modulo va rilasciata al richiedente)