



AMBITO
TERRITORIALE
SOCIALE



Senigallia, Ancona, Barbara,
Castelleone di S. Vito, Città di Castello,
Ostra, Ostra Vetere,
Sant'Anna di Stazzema, Trecasali



UNIONE dei COMUNI
Ancona, Barbara, Ostra
Ostra Vetere, Senigallia
Sant'Anna di Stazzema, Trecasali

Allegato 1- Scheda di segnalazione al Punto Unico di Accesso Anziani

Richiesta di attivazione Assistenza territoriale

Per invio telematico: puasenigallia.ast.an@sanita.marche.it

Data compilazione: _____

Data ricezione (a cura del PUA): _____

1. INFORMAZIONI ANAGRAFICHE DELL'UTENTE – a cura del cittadino/segnalante/MMG (CAMPO OBBLIGATORIO)

Cognome: _____ Nome: _____ Sesso: M F

Codice fiscale: |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| Data di nascita: _____

Luogo di nascita: _____ Provincia: |____|

Luogo di residenza: Via/Piazza _____ N _____

Comune: _____ Provincia: |____| Telefono: _____

Domicilio (se diverso dalla residenza): Via/Piazza _____ N _____

Comune: _____ Provincia: |____|

Persona referente _____ Telefono referente _____

E-mail referente _____

Invalidità Civile SI NO % _____ Indennità di Accompagnamento riconosciuta SI NO

Richiesta inoltrata SI NO

MMG _____

Richiesta: (CAMPO OBBLIGATORIO)

A cura del MMG*

- Assistenza Infermieristica Domiciliare (AID)
- Assistenza Domiciliare programmata (ADP)
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- Centro Diurno Demenze (CDD)
- Ricovero RP (R3)
- Ricovero RP-D (R3D)
- Ricovero RSA (R2)
- Ricovero RSA- D (R2D)
- Ospedale di Comunità

A cura del cittadino/segnalante/Ass.Soc

- Assistenza Integrativa / Protesica
- Servizio di assistenza domiciliare Anziani (SAD)
- Casa di Riposo
- Home Care Premium
- Assegno di cura
- Disabilità gravissima
- Integrazione retta (specificare struttura)
- Altro (specificare)

*Obbligatoria compilazione pag. 2 scheda di segnalazione PUA



2. DIAGNOSI RIFERITE O RIPORTATE DA DOCUMENTAZIONE – a cura del MMG

Diagnosi mediche

Codice ICD IX

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Sintesi dei problemi sanitari/grado di autosufficienza/altre annotazioni

Ricoveri negli ultimi 12 mesi sì no

Se Sì specificare frequenza e motivo _____

Terapie farmacologiche in atto

Nome del farmaco

Frequenza

Necessità di aiuto

- sì no
 sì no
 sì no
 sì no
 sì no
 sì no

Problemi socio - assistenziali da segnalare

Legati a carichi assistenziali Legati a risorse socio-assistenziali Legati a risorse economiche

Sintesi

Assistito con elevato livello di complessità

- Assistito in fase terminale (oncologico o non) _____
 Assistito portatore di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare)
 Assistito in fasi avanzate e complicate di malattie croniche

Rischio Idrogeologico

piano terra non deambulante

Firma e timbro del MMG _____

Firma del cittadino/segnalante _____

Il richiedente autorizza il trattamento dei dati personali nel rispetto della vigente normativa sulla protezione dei dati personali ed, in particolare, il Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali 2016/679, il d.lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modifiche/integrazioni.

Luogo, data _____ Firma del cittadino _____