



## 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 SI specificare frequenza e motivo \_\_\_\_\_

### Terapie farmacologiche in atto

Nome del farmaco

Frequenza

Necessità di aiuto

_____	_____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
_____	_____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
_____	_____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
_____	_____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
_____	_____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
_____	_____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_