



**DISTRETTO DI \_\_\_\_\_ - U.O.S. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE  
 ASSISTENZA PROGRAMMATA DEI MEDICI GENERICI DI LIBERA SCELTA  
 PER I SOGGETTI NON AMBULABILI  
 (Ai sensi dell'allegato G, artt. 45-53-59, ACN 23 marzo 2005 ed integrativo 29 luglio 2009)**

Il sottoscritto:

Dott.	Cod. reg.
Indirizzo studio	Tel.

**CHIEDE**

l'attivazione del servizio domiciliare per il/la paziente:

Cognome	Nome	C.F.	Cognome del coniuge
Luogo e data di nascita	Indirizzo/domicilio		Tel.
Particolari esigenze del/la paziente			

**ANAMNESI:**

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**PATOLOGIE:**

- Impossibilità permanente a deambulare
- Impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni
- Impossibilità per gravi patologie che necessitino di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico, quali:
  - insufficienza cardiaca in stadio avanzato
  - insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale
  - arteriopatia obliterante degli arti inferiori in stadio avanzato
  - gravi artropatie degli arti inferiori con grave limitazione
  - cerebropatici e cerebrolesi, con forme gravi
  - paraplegici e tetraplegici
- altre patologie in atto

.....  
 .....  
 .....

ACCESSI SPECIALISTICI .....

ACCESSI PARAMEDICI .....

TRASCORSI 15 GIORNI DALLA PRESENTAZIONE DEL PRESENTE PROGRAMMA SENZA RISCONTRO, SI INTENDE A TUTTI GLI EFFETTI APPROVATO

IL MEDICO SI IMPEGNA A COMUNICARE ALLA ASP, SENZA RITARDO E MOTIVANDOLE, TUTTE LE VARIAZIONI ( DOMICILIO, EVENTUALI RICOVERI, MUTATE CONDIZIONI CLINICHE , EXITUS ) RISPETTO AL PROGRAMMA DI ASSISTENZA PROPOSTA.

RESTA CONCORDATO CHE IL NON RISPETTO DI QUANTO SOPRA SPECIFICATO NONCHE' DELLA CADENZA PREVISTA, **SENZA PREVENTIVA GIUSTIFICATA MOTIVAZIONE**, COMPORTA L' AUTOMATICA INTERRUZIONE DEL PROGRAMMA STESSO.

ACCESSO PROPOSTO: (barrare la voce che interessa):

settimanale    quindicinale    mensile

**PARTE RISERVATA ALL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE**

**Accesso concordato alla presentazione:**

settimanale    quindicinale    mensile

**Il Medico conv.** \_\_\_\_\_ **Il Medico funzionario** \_\_\_\_\_

**Accesso proposto:**

settimanale    quindicinale    mensile

**Dopo verifica al domicilio dell'assistito/a eseguita il** \_\_\_\_\_  
**dal Medico funzionario Dott.**

**Accesso concordato:**

**in data:**

settimanale    quindicinale    mensile

**Il Medico conv.** \_\_\_\_\_ **Il Medico funzionario** \_\_\_\_\_

**Note:**

Data presentazione \_\_\_\_\_

Timbro e firma  
del Medico convenzionato