

RITIRO E/O CONSEGNA LUNEDI' - GIOVEDI' DALLE ORE 9.00 ALLE ORE 12.00

ALLEGATO 2

Richiesta Motivata che il M.A.P. / il PIs invia al distretto per l'attivazione delle prestazioni socio-sanitarie

Data : ____ / ____ / ____

Al referente U.O.A.A: dr/dr.ssa _____

Il sottoscritto dr. : _____

Segnala alla S.V. il mio assistito : sig.ra/sig. : _____

Residente a : _____ via/piazza _____ n. _____

Per il seguente motivo:

CODICE ICD9: _____	PATOLOGIA PREVALENTE: _____
CODICE ICD9: _____	PATOLOGIA CONCOMITANTE: _____

Nota: motivi coerenti con la richiesta

• indicazioni generali di carattere socio-ambientale relative a: condizioni abitative e situazione familiare (nucleo di convivenza e di primo grado), rete familiare e sociale di supporto, situazione economica del soggetto e del nucleo familiare;

• condizioni generali di salute, diagnosi cliniche e patologiche presenti.

Per quanto sopra descritto, richiedo che la/il mia/o assistita/o sia valutata/o dal Referente/responsabile della Porta Unica d'Accesso per l'eventuale presa in carico per la Valutazione in U.V.I. per prestazioni a valenza socio-sanitaria.

In particolare richiedo di valutare la possibilità di assistenza in :

- Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.)
- Assistenza domiciliare integrata (A.D.O. - A.D.O.T.I.)
- Assistenza in struttura semiresidenziale (Centro Diurno)
- Assistenza in R.S.A.

Firmato: dr. _____

ALLEGARE FOTOCOPIA TESSERA SANITARIA, CARTA D'IDENTITÀ, DIMISSIONE

OSPEDALIERA ED INDIRIZZO MAIL