

**MODULO DI RICHIESTA ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO
 DI ASSISTENZA DOMICILIARE INFERMIERISTICA**

Cognome _____

Nome _____

Cod. ISS _____

Indirizzo _____

N° Telefono _____

Motivo della richiesta di attivazione A.I.D. _____

CONDIZIONI CLINICHE E SOCIO ASSISTENZIALI

SI

Condizioni di temporanea o permanente impossibilità ad accedere allo studio medico _____

Assistiti con impossibilità temporanea o permanente a deambulare _____

Impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni per vari motivi _____

Grandi anziani con deficit della deambulazione _____

Patologie in corso condizionanti una difficoltà ad accedere allo studio medico (es. febbre) _____

Donna in gravidanza con minaccia d'aborto _____

Assistiti con oggettivi impedimenti di natura sociale e/o sanitaria _____

Presenza di barriere architettoniche non altrimenti superabili per accedere allo studio medico _____

Accesso ad altri servizi specialistici e/o ospedalieri (eventuale valutazione in equipe) _____

N.B. i casi che esulano da quanto previsto sopra vengono discussi e valutati in equipe.

Data _____ Timbro e Firma del Medico _____