

CARTELLA ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA (ADP)

DISTRETTO _____

COGNOME _____ NOME _____ ESENZ. _____

NATO A _____ IL _____ C.F. _____

DOMICILIO _____

FAMILIARE _____ TEL. _____

RECAPITI TELEFONICI _____

AMBULATORIO INFERMIERISTICO

GIORNO E ORARIO _____

TEL. AMB. _____

MEDICO DI FAMIGLIA

dalle ore 8.00 alle 20.00 dal lunedì al venerdì
sabato e prefestivo fino alle ore 10.00

GIORNO E ORARIO _____

TEL. AMB. _____

CELLULARE _____

GUARDIA MEDICA

dal lunedì al venerdì dalle ore 20.00 alle ore 8.00
sabato dalle ore 10.00 fino alle ore 8.00 del lunedì
prefestivi dalle ore 10.00

TELEFONO _____

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

ESAME OBIETTIVO

DIAGNOSI

ALLERGIE INTOLLERANZE

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO DI FAMIGLIA

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il presente modulo viene utilizzato per la registrazione degli accessi effettuati dal MMG c/o il domicilio dei propri assistiti in regime di Assistenza Domiciliare Programmata.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Il modulo deve essere compilato dal MMG

MODALITA' DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo, terminato il servizio di Assistenza Domiciliare Programmata, deve essere consegnato al Distretto territorialmente competente

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

La frequenza degli accessi programmati può essere settimanale, quindicinale o mensile e la durata di intervento in A.D.P. può essere trimestrale, semestrale o annuale.

RIFERIMENTI

Distretti	https://www.aslc1.it/assistenza-territoriale/assistenza-domiciliare
------------------	---