

Compilare in ogni parte e presentare al **DISTRETTO SANITARIO DI** \_\_\_\_\_**II/LA SOTTOSCRITTO/A (UTENTE)** \_\_\_\_\_ (COD: \_\_\_\_\_)  
(cognome e nome. Se coniugata/vedova indicare entrambi i cognomi) (campo riservato al gestore) M  F ST. CIVILE \_\_\_\_\_ COD.FISC. | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Nato/a \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ )

Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_

 APPARTAMENTO (PIANO: \_\_\_\_\_, ASCENSORE  SI  NO)  CASA INDIPENDENTE**RETE INFORMALE DISPONIBILE: (\*CONVIVENTE/CARE GIVER/FAMILIARI/AMICI/ALTRI)**  
**L'UTENTE SI IMPEGNA AD INFORMARE I SOGGETTE DELLA RETE CHE SARANNO ALLERTATI IN CASO DI NECESSITA**

COGNOME e NOME	Convivente (si/no)	INDIRIZZO-COMUNE	TELEFONO	CELLULARE	Grado di parentela*	Chiavi (SI/NO)	AIUTO(**) ASSIST

(\*\*) AIUTO/ASSISTENZA PRESTATI: 1=COSTANTE; 2=OCCASIONALE; 3=NESSUNA

**MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

COGNOME/NOME \_\_\_\_\_ AMB/tel: \_\_\_\_\_ mail: \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi della L.R. n. 26/1996 e s. m. e i. di poter usufruire del servizio di Teleassistenza domiciliare Regionale "SICURI A CASA".

**a tal fine sotto la propria personale responsabilità****DICHIARA****1) di essere in possesso dei seguenti requisiti di accesso al servizio (A + B)**

Barrare uno solo dei requisiti <b>A</b>	+	Barrare uno solo dei requisiti <b>B</b>
<input type="checkbox"/> Età > a 65 anni		<input type="checkbox"/> vivo solo/i
<input type="checkbox"/> Adulto con disabilità psico-fisica		<input type="checkbox"/> vivo solo frazioni di giornate (mattina/pomeriggio/notte)
<input type="checkbox"/> Coppia "fragile" over 75		<input type="checkbox"/> vivo in progetti di <i>abitare inclusivo, vita indipendente</i> , in assenza di operatori/care giver sulle 24 ore

**2) di essere nelle condizioni di fragilità socio-sanitaria e sociale prioritarie **(P)** sotto indicate**

Livello di AUTOSUFFICIENZA nelle attività di vita quotidiana (mangiare, vestirsi, lavarsi, muoversi)	<input type="checkbox"/> AUTONOMO (non ho bisogno di aiuto)
	<input type="checkbox"/> PARZIALE (ho bisogno di essere in parte aiutato) <b>(P)</b>
	<input type="checkbox"/> DIPENDENTE (ho bisogno di essere aiutato in tutto) <b>(P)</b>

**3) di avere i seguenti criteri prioritari (P) di fragilità socio-sanitaria e sociale**

NB: barrare solo le condizioni presenti

- Assunzione di 5 o più diversi farmaci al giorno (P)
- Uno o più ricoveri ospedalieri/RSA o accessi in pronto soccorso negli ultimi 12 mesi (P)
- Difficoltà o ridotta deambulazione (ad esempio sostenuta con ausili) (P)
- La maggior parte del tempo è trascorso in casa e/o le interazioni sociali sono scarse o nulle (P)

**e si impegna**

- a comunicare al Ente Gestore eventuali variazioni nei dati personali, suoi e dei reperibili (es. cambio recapiti, variazioni numeri telefonici, sostituzione chiavi, altro);

data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ firma Utente/Utenti se nucleo \_\_\_\_\_

**DA COMPILARSI A CURA DEL DISTRETTO SANITARIO: ATTIVAZIONE SERVIZIO** SI  NO **1) Individuazione del profilo sulla base dell'auto-dichiarazione del richiedente**

<input type="checkbox"/> Profilo base A	A1 <input type="checkbox"/> Età 65-74 anni	Fino a un criterio (P)
	A2 <input type="checkbox"/> Coppia "fragile" over 75	
<input type="checkbox"/> Profilo di fragilità maggiore B	B1 <input type="checkbox"/> Over 65 solo	Con due o più criteri (P)
	B2 <input type="checkbox"/> Coppia "fragile" over 75	
	B3 <input type="checkbox"/> Over 75 solo	Con uno o più criteri (P)
	B4 <input type="checkbox"/> Adulti con disabilità psico-fisica	

**2) Tipologia servizi**

- Telesoccorso – Telecontrollo       Pronto Intervento con custodia chiavi (se assenza di rete, residente in un capoluogo di provincia o comune limitrofo, incluso chi vive solo anche per frazioni di giornate)
- Agenda Farmaci (per utenti individuati dal distretto ed in collaborazione con il mmg) - Necessario allegare la prescrizione chiara e leggibile del Medico con giorni e orari si assunzione dei farmaci
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

 **DOMANDA PRIORITARIA: Profilo B \_\_\_\_ con numero \_\_\_\_ di criteri prioritari (P)****NOTE/ ALTRE INFORMAZIONI UTILI PER L'EFFICACIA DEL SERVIZIO:**

data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ firma incaricato del Distretto Sanitario \_\_\_\_\_

(copia del presente modulo va rilasciata al richiedente)