



COMPRESORIO ALTO GARDA E LEDRO

Riva del Garda (TN)

SERVIZIO ATTIVITA' SOCIO ASSISTENZIALI

Ai Signori Medici di medicina generale,

Lo scrivente Ente, nel rispetto delle previsioni del **Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196**, con la presente chiede di acquisire nell'esclusivo interesse dell'utente, una serie di informazioni utili per la partecipazione al soggiorno climatico marino protetto che verrà attivato nel mese di giugno 2010, come previsto dalla L.P. 14/91 e dalle Determinazioni applicate (Del. G.P. P.A.T. n. 2422 dd. 09.10.2009 e n. 2879 dd. 27.11.2009).

INFORMAZIONI RELATIVE ALLO STATO DI SALUTE RICHIESTE PER I PARTECIPANTI AL SOGGIORNO CLIMATICO MARINO PROTETTO ANNO 2010

Signor/ra _____

nato/a _____ (Prov. _____) il _____

domiciliato/a a _____ Via _____ n. _____

telefono _____/_____

altro recapito telefonico per comunicazioni urgenti _____/_____

ospite della A.P.S.P. _____ di _____

medico curante _____

PARTE RISERVATA AL MEDICO CURANTE

informazioni utili per la gestione del soggiorno

Il soggiorno marino e' organizzato dall'Ente in struttura alberghiera a bassa protezione, ed implica il trascorrere di parte della giornata in spiaggia o nelle pertinenze verdi, nonché il consumo dei pasti nel ristorante del compendio alberghiero.

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA:

ANAMNESI PATOLOGICA RECENTE:

PAZIENTE IN CARICO ANCHE AL SETTORE DI SALUTE MENTALE:

SI

TERAPIA IN ATTO:

DIETA:

EVENTUALI ALLERGIE:

SFERA DELL'AUTONOMIA: Per quanto attiene la sfera dell'autonomia si precisa che la struttura residenziale di tipo alberghiero "a bassa protezione" non è in grado di accogliere utenti con problematiche complesse di non autosufficienza e per tale motivo si richiede una valutazione da parte delle SS.LL., che sarà oggetto di puntuale considerazione da parte dello scrivente Servizio in relazione alle risorse. Non possono essere accolti utenti allettati o che devono trascorrere gran parte della giornata a letto.

PUO' VIVERE IN COMUNITA'	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
E' AUTOSUFFICIENTE (si orienta nel tempo e nello spazio, esprime perfettamente i suoi bisogni)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> DEAMBULA	<input type="checkbox"/> DEAMBULA CON AUSILI	<input type="checkbox"/> IN CARROZZINA
PUO' AFFRONTARE IL VIAGGIO IN PULLMAN (non è previsto trasporto individualizzato)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Valutazione finale medico curante:

<input type="checkbox"/> PUO' PARTECIPARE	<input type="checkbox"/> PUO' PARTECIPARE CON ACCOMPAGNATORE PERSONALE	<input type="checkbox"/> NON PUO' PARTECIPARE
---	--	---

ALTRE NOTIZIE UTILI AGLI OPERATORI DEL SOGGIORNO MARINO PER SVOLGERE COMPITI ASSISTENZIALI (es., incontinenza, abuso alcool, aspetti caratteriali, ecc...)

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

DATA, _____/2010

PARTE RISERVATA AL SETTORE DI SALUTE MENTALE

informazioni utili per la gestione del soggiorno

Nel caso il paziente sia anche utente del servizio di salute mentale, qualora venga valutata sia dal medico di medicina generale che dallo specialista l'assenza di controindicazioni specifiche al soggiorno marino, si chiede cortesemente di fornire informazioni utili per la sua corretta gestione.

PATOLOGIA:

TERAPIA IN ATTO:

ALTRE NOTIZIE UTILI AGLI OPERATORI DEL SOGGIORNO MARINO PER SVOLGERE COMPITI ASSISTENZIALI/RELAZIONALI NEI RIGUARDI DELL'UTENTE:

Valutazione finale settore salute mentale:

<input type="checkbox"/> PUO' PARTECIPARE	<input type="checkbox"/> PUO' PARTECIPARE CON ACCOMPAGNATORE PERSONALE	<input type="checkbox"/> NON PUO' PARTECIPARE
---	--	---

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

DATA, _____/2010

