

**RICHIESTA MEDICA DI VALUTAZIONE
PER L'AMMISSIONE ALLA RETE DEI
SERVIZI DI ASSISTENZA SOCIO SANITARIA
TERRITORIALE**

Il sottoscritto DR. _____ in qualità di

Medico ospedaliero

Medico curante

Chiede valutazione da parte della Unità di Valutazione Geriatrica

del Sig./ra _____ nato/a il ___/___/___

residente a _____ Via _____ tel.. ___/___/___

Ricoverato presso l' ospedale _____ reparto _____

Data della prevista dimissione ___/___/___

Affetto da: _____

per cui propone:

- Ricovero in Residenza Sanitaria Assistita (R.S.A.)
- Ricovero in Nucleo Demenze (R.S.A.)
- Ospitalità in Residenza Protetta (RP)
- Ospitalità c/o Centro Semiresidenziale
- Assistenza domiciliare Integrata (ADI)
- Cure palliative

Il/la paziente

- Disorientamento spazio-temporale
- Disturbo comportamentale
- Compromissione delle ADL
- Incontinenza
- Compromissione delle funzioni vitali
- Nutrizione artificiale
- Dolore medio/grave
- Difficoltà nella deambulazione