Regione Lombardia
ASL Mantova

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI MANTOVA

DIREZIONE SOCIALE

SERVIZIO DI PROGRAMMAZIONE,COORDINAMENTO E RACCORDO TERRITORIALE

SCHEDA DI SEGNALAZIONE

Data segnalazione _____ **DISTRETTO DI** _____

Segnalante _____ Tel _____ Cell. _____

Ruolo ☐ Familiare _____ ☐ Servizio sociale comunale

☐ Ospedale/Reparto _____ ☐ MMG/PLS ☐ Altro_____

Motivo segnalazione_____

_____

PAZIENTE

Cognome _____ **Nome** _____ **Sesso M** ☐ **F** ☐

Data di nascita _____ **C.F.** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **S.S.N. n°** |_|_|_|_|_|_|_|_|

Via _____ **Comune** _____ **Prov.** ___ **Tel** _____

Dove si trova il paziente

☐ **Domicilio** ☐ **Ospedale** ☐ **IDR** ☐ **RSA/RSD** ☐ **Hospice**

STATO DI CONVIVENZA

Solo ☐ SI ☐ NO **Convivente con:** ☐ Coniuge-Età _____ ☐ Figli

☐ Altri Parenti (grado) _____ ☐ Altro _____

Eventuale proposta operativa del segnalante:

☐ Trasferimento in IDR

☐ Trasferimento in Struttura Residenziale Protetta

☐ Ingresso in Hospice

☐ Attivazione Assistenza Domiciliare Integrata

☐ Riabilitazione alla dimissione

☐ Attivazione Servizi ASL

☐ Attivazione Servizi Sociali Comune di residenza

☐ Altro_____

Firma e timbro

_____

N.B. Compilare in tutte le sue parti