



Al PUA del Distretto di _____

**AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE
MESSINA**

ALL. 1

Il Sottoscritto/a _____

In qualità di* _____

Reperibile al seguente indirizzo: _____

Città _____

Recapiti telefonici _____

CHIEDE LA PRESA IN CARICO PER

(il programma assistenziale sottoscritto ha solo valore indicativo, la scelta del programma avverrà in sede UVM):

☐ CURE GERIATRICA DOMICILIARI

☐ RICOVERO IN RSA

☐ CURE PALLIATIVE DOMICILIARI

☐ RICOVERO IN HOSPICE

Per il/la paziente _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Via _____

Cod. Fisc. Recapito telefonico _____

Si specifica che il MMG dell'assistito/a è il Dott** _____

Reperibile al seguente indirizzo: _____

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

Si allega scheda clinica (ALL. 2)

Firma e timbro del MMG/MEDICO CURANTE ***

Firma del Richiedente

DATA _____

*specificare rapporto di parentela o conoscenza con il paziente o se MMG o altro sanitario;

**qualora fosse diverso dal richiedente;

***per Medico Curante si indica il Sanitario che ha in cura il Paziente.

Regione Siciliana – Azienda Sanitaria Provinciale di Messina – Via La Farina, 263/N – 98123 Messina – C.F.03051870834



DISTRITTO SANITARIO DI MESSINA
U.O. ADI RSA Malati Terminali-UVM
Via del Vespro – ex INAM
Tel. 0903653738/96 – 0903653874/75
Fax 0903653739
Email: adi.menord@asp.messina.it

Il Sottoscritto dott.

Cognome	Nome	Cod. Reg
Recapito telefonico		

In qualità di Medico di MMG chiede di attivare
l'**ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA** per _l_ propri assistit_

Cognome	Nome	Età
Luogo e data di nascita	C. F.:	
Residenza	Domicilio attuale c/o	
Telefono	Cellulare	

Affetto da:

Patologia Principale

.....

Patologie Associate:

.....

.....

.....

.....

Familiare di riferimento (grado di parentela):

Cognome	Nome
Indirizzo:	
Telefono:	Cellulare:

Data _____

Firma e timbro del MMG/MEDICO CURANTE



SCHEDA ANAGRAFICA

Cognome _____ Nome _____ ☐ M ☐ F

Cognome del coniuge _____ Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Indirizzo _____ N° _____ Sc. _____ piano _____

Citofono _____ telefono _____ Cellulare _____

Residenza anagrafica (solo se è diversa dal domicilio abituale) _____

C. F. _____ Stato civile _____

Vive solo ☐ NO ☐ SI ☐ con chi? Parente stretto ☐ Vicino di casa ☐ Altro ☐ Nessuno ☐

Cognome enome della persona con cui abita _____

Legame _____ Tel. Casa _____ Tel. Lavoro _____

Persona o parente da contattare in caso di emergenza _____

Telefono: _____ Indirizzo: _____

Esenzione Ticket: NO ☐ SI ☐ Quale: _____ N°: _____

Prima istanza di invalidità: NO ☐ SI ☐ Data: _____ N° di Protocollo: _____

Riconoscimento invalidità: NO ☐ SI ☐ ____% dal _____ Indennità di accompagnamento: NO ☐ SI ☐

Presidi già assegnati: _____

Sedia a rotelle Lettino antidecubito Materassino Aspiratore Pannoloni

Altro _____

Necessità a suo avviso di _____

Medico curante Dr.: _____ n. cod: _____

Telefono: _____ Cellulare: _____

Note _____

Data _____

Firma del Familiare o compilatore