

ALLEGATO B alle Linee Guida del Servizio di Assistenza Domiciliare di cui alla Deliberazione del Comitato dei Sindaci dell'ATS XIX n. 29/2024,

SCHEDA DI VALUTAZIONE SULLO STATO DI AUTOSUFFICIENZA
- SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE -

Dott. _____ Num. Telefono _____

Con Ambulatorio in _____ Via _____ n. _____

SEZIONE A - DATI ANAGRAFICI

A.1 COGNOME

A.2 NOME

A.3 SESSO

A.4 DATA DI NASCITA

A.5 COMUNE DI NASCITA

A.6 COMUNE DI RESIDENZA

A.7 VIA

A.8 N. CIVICO

A.9 TESSERA SANITARIA

A.10 EVENTUALE ESENZIONE
TICKET

A.11 N. TELEFONO

SEZIONE B - AUTOSUFFICIENZA

B.1 ☐ PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE	B.1t	☐ temporaneamente
	B.1p	☐ permanentemente

B.2 ☐ PERSONA PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE	B.2t	☐ temporaneamente
	B.2p	☐ permanentemente

B.3 ☐ PERSONA CON LIMITAZIONE LIEVE DELL'AUTOSUFFICIENZA	B.3t	☐ temporaneamente
	B.3p	☐ permanentemente

B.4 ☐ PERSONA AUTOSUFFICIENTE MA IN SITUAZIONE DI RISCHIO SOCIO - SANITARIO	B.4t	☐ temporaneamente
	B.4p	☐ permanentemente

SEZIONE C - DIAGNOSI DETTAGLIATA E SINTESI DEI PROBLEMI SANITARI

Data _____

Timbro e firma del medico
