

A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO  
DISTRETTO 32  
80147 Napoli

**RICHIESTA DI ASSISTENZA SANITARIA PROGRAMMATA**

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_ cod. regionale \_\_\_\_\_  
con recapito in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_  
ai sensi dell'art. 39, lettera a, allegato G, del D.P.R. n° 484 del 22/7/96, segnala il seguente caso  
abbisognevole di **assistenza domiciliare per paziente non ambulabile** ed il relativo programma  
assistenziale:  
COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_  
Nato a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
Via: \_\_\_\_\_

**MOTIVAZIONE**

**SI**

**NO**

- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) IMPOSSIBILITA' PERMANENTE A DEAMBULARE:           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 2) IMPOSSIBILITA' AL TRASPORTO IN AMBULATORIO:       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 3) PER GRAVI PATOLOGIE:                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| • INSUFFICIENZA CARDIACA IN STATO AVANZATO:          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
| • “ “ RESPIRATORIA CON GRAVE LIMITAZIONE FUNZIONALE: |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
| • ARTERIOPATIA OBLITERANTE ARTI INF “ “ “ :          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
| • CEREBROPATIA CON GRAVI ESITI:                      |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
| • TETRAPLEGIA:                                       |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
| • ALTRE: _____                                       |                          |                          | <input type="checkbox"/> |

**FREQUENZA DEGLI ACCESSI:**

SETTIMANALE

QUINDICINALE

MENSILE

DURATA DELL'ASSISTENZA PROGRAMMATA: \_\_\_\_\_

ESIGENZE ASSISTENZIALI:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA

TIMBRO

FIRMA

NOTE DEL MEDICO FUNZIONARIO

APPROVATO PER N° ACCESSI: \_\_\_\_\_ DURATA: \_\_\_\_\_

RESPINTO PER: \_\_\_\_\_