

**A.S.L. TO5**Azienda Sanitaria Locale
di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e NichelinoDipartimento del Territorio
P.zza Pellico, 1- 10023 Chieri
Tel 011 9429 3801- 3818
protocollo@cert.aslto5.piemonte.it

Sede legale – Piazza Silvio Pellico, 1 – 10023 Chieri (TO) - C.F. e P.I. 06827170017 - www.aslto5.piemonte.it
centralino +39 011 94291 – pec protocollo@cert.aslto5.piemonte.it – e-mail protocollo@aslto5.piemonte.it

Allegato 6**MODULO RICHIESTA ALLO SPECIALISTA GERIATRA DI SOLLEVATORE O CARROZZINA PIEGHEVOLE PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE**

SIG./SIG.RA _____

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ N. _____

AFFETTO DA _____

RECAPITI TELEFONICI _____ EMAIL _____

DATI ABITAZIONE: Larghezza porte ____ cm**DATI PAZIENTE:** Peso ____ Kg Altezza ____ cm**CON ELEVATO LIVELLO DI NON AUTOSUFFICIENZA INSERITO IN:**

- ADI ADP SID ADI + CURE PALLIATIVE
- SINDROME DA ALLETTAMENTO IN INVALIDO CIVILE 100% o 100% + I.A

 FORNITURA SOLLEVATORE:**STATO CLINICO E FUNZIONALE:**

Totalmente dipendente nelle attività motorie e funzionali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Caregiver idoneo all'utilizzo del sollevatore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Per la prescrizione del sollevatore elettrico è necessario che sia presente almeno uno dei requisiti sottostanti:

Obesità (BMI > 30.1) BMI _____ (____ Kg/ ____ m ²)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Collaborante	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Presenza di Disturbi del comportamento (irrequietezza, agitazione psicomotoria, aggressività)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Presenza di problematiche sanitarie del caregiver che rendono difficoltoso l'utilizzo del sollevatore manuale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

CONTESTO DOMICILIARE:

Spazi idonei all'utilizzo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Presenza letto ortopedico o letto idoneo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Già presente al domicilio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

□ FORNITURA CARROZZINA PIEGHEVOLE:

Paziente deambulante	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CON AIUTO
Carrozzina già presente al domicilio (in affitto)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Utilizzo di deambulatore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Domicilio idoneo all'utilizzo (spazi ampi e consoni di manovra)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Necessario l'utilizzo dell'ascensore (se SI, misure entrata ascensore _____ cm)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Presenza di disturbi del comportamento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Note - Situazione socio-assistenziale (con chi vive, chi si occupa dell'anziano, eventuali problematiche nell'assistenza e/o dell'assistente):

Allegare:

- Copia Carta Identità e Tessera Sanitaria
- Verbale Invalidità Civile, se in possesso
- **Impegnativa per Valutazione Protesica finalizzata alla prescrizione di presidi protesici (cod. 93.03.1)**

Data _____

Timbro e firma MMG e/o CPSI
