



Azienda Sanitaria Locale BA

Provincia di Bari

Distretto Socio Sanitario Uno

Ambito Territoriale

Comune di Molfetta - Comune di Giovinazzo

CURE DOMICILIARI INTEGRATE

Verbale n..... del

Assistito/a:

Cognome e Nome **nato/a a** **il**

Residente a **in via** **n.**

Pervenuta il **Prot. n.** **Attivazione** **Verifica** **Proroga**

Sintesi dei problemi attuali rilevati

.....

.....

.....

Sulla base della documentazione agli atti e di quanto emerso dalla valutazione, i presenti prendono le seguenti decisioni

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Codifica progetto assistenziale (una sola codifica)

1	<input type="checkbox"/>	Valutazione	4	<input type="checkbox"/>	Assistenza Domiciliare Oncologica
2	<input type="checkbox"/>	Rivalutazione	5	<input type="checkbox"/>	Accoglienza in Hospice
3	<input type="checkbox"/>	Assistenza Domiciliare Integrata Sanitaria <input type="checkbox"/> I° livello <input type="checkbox"/> ADI II° livello <input type="checkbox"/> ADI III° livello	6	<input type="checkbox"/>	Cure palliative paziente Oncologico
				<input type="checkbox"/>	Cure palliative paziente NON Oncologico

Convocati	Presenti	Partecipanti	Nome	Firma
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	Direttore DSS Uno ASL BA	dott. Bellapianta Ignazio	
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	Medico Specialista inerente le patologie prevalenti nel quadro delle condizioni di salute psichica e fisica del paziente:		
		Geriatra	dott.ssa/dott.	
		Neurologo DSS Uno ASL BA	dott. Pomarico Riccardo	
		Altro Specialista.....	dott.ssa/dott.	
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Assistente Sociale Serv. Soc. Prof. distrettuale	dott.ssa	
		Assistente Sociale P. O. "Don Tonino Bello" Molfetta	sig.ra	
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Coordinatrice Gestore.....	sig./sig.ra.....	
7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	Infermiere DSS Uno ASL BA	sig.ra	
8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	Case Manager	sig./sig.ra.....	
Il responsabile del caso sarà: <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> PLS			Verifica programmata per il.....	
dott.ssa/dott.				
Data			VISTO Timbro e firma del Direttore Distretto S.S. Uno	
Timbro e firma				