



Regione Sicilia

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE di MESSINA**

U.O.ADI RSA Malati terminali-UVM

Il sottoscritto MMG Dr/Dr.ssa

Cognome	Nome	Cod. reg.
Tel. Studio	Tel. cell	

**CHIEDE LA RIATTIVAZIONE in A.D.I.  
di un nuovo CICLO di FKT per 1 propri assistit non ambulabile**

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>età</b>	
<b>Luogo e data di nascita</b>	<b>Cod. Fisc</b>		
<b>Residenza</b>	<b>Domicilio attuale c/o</b>		
<b>Familiare di riferimento (nome e grado di parentela)</b>			
Tel. casa	Tel. cell	Tel. casa familiare riferimento	Tel. cell familiare riferimento

**Diagnosi (Patologia per la quale viene attivata l'A.D.I.):**

.....

.....

.....

**Eventuali Patologie concomitanti:**

.....

.....

.....

<b>Autonomia :</b> <input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> parzialmente indipendente <input type="checkbox"/> totalmente dipendente	<b>Mobilità :</b> <input type="checkbox"/> si sposta da solo <input type="checkbox"/> si sposta assistito <input type="checkbox"/> non si sposta	<b>Disturbi cognitivi :</b> <input type="checkbox"/> assenti/lievi <input type="checkbox"/> moderati <input type="checkbox"/> gravi
---	---	--

**IL PAZIENTE NON NECESSITA DI NUOVA VALUTAZIONE DA PARTE DELLA UVM\***

**Utile terapia di mantenimento bisettimanale per 3 mesi**

\*nel caso in cui si intenda richiedere la riattivazione del trattamento per un assistito che in atto trovasi in condizioni clinico/funzionali **sostanzialmente invariate** rispetto a quelle descritte nell'istanza precedente e riscontrate nell'ultimo controllo effettuato.

**Mi impegno altresì a segnalare con la massima tempestività al vostro Servizio eventuali variazioni degne di nota al quadro testé descritto che dovessero sopraggiungere in data successiva a questa mia richiesta**

**IL PAZIENTE NECESSITA DI NUOVA VALUTAZIONE DA PARTE DELLA UVM\*\***

\*\*nel caso in cui si intenda richiedere la riattivazione del trattamento per un assistito che in atto trovasi in condizioni clinico/funzionali **diverse** rispetto a quelle descritte nell'istanza precedente e riscontrate nell'ultimo controllo effettuato.

Data li.....

Firma e Timbro