



SERVIZIO SANITARIO REGIONE SICILIANA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE N. 8 SIRACUSA

U.O.C. Medicina Riabilitativa di Siracusa
medprot.sr@asp.sr.it; tel. 0931/484611/4607/4708/4710/4719

U.O.S. Medicina Riabilitativa Lentini-Augusta
medprot.augusta@asp.sr.it tel. 0931/909313/9318 medicinariab.lentini@asp.sr.it; tel. 095/909803/9812

U.O.S. Medicina Riabilitativa di Noto
medprot.noto@asp.sr.it; tel. 0931/890505/510/524

1. Richiesta Prestazione di Riabilitazione Domiciliare/Ambulatoriale per i centri ex. art. 26
Il Medico di Medicina Generale ed il Pediatra di Libera Scelta compila il seguente modulo e lo invia o consegna all'utente:

1. RICHIESTA INTERVENTO RIABILITATIVO CENTRI EX. ART. 26

Assistito _____

Nato _____ il _____

Cod. Fisc. _____ età _____ sesso _____ M F

Residenza..... Comune.....

Via..... Tel.....

MMG _____ Dr Tel.

Presa in carico per prima ammissione

Rivalutazione per ciclo riabilitazione già effettuato con dimissione il _____

VALUTAZIONE CLINICA

Patologia prevalente (codice ICD9-CM) _____

Patologie concomitanti (codice ICD9-CM) _____

Diagnosi Funzionale _____

ANAMNESI CLINICO-FUNZIONALE

Breve relazione anamnestica

La presente richiesta deve essere corredata dalla valutazione "clinico-funzionale -profilo di autonomia -".

Il Medico di Medicina Generale potrà richiedere alle strutture (ADI, ADI cure palliative, etc) qualora in trattamento, di formulare la richiesta di prestazioni riabilitativa domiciliare

Medico Medicina Generale/ Dirigente Medico
(Timbro e Firma con Codice Regionale o Iscr. Ordine)



SERVIZIO SANITARIO REGIONE SICILIANA AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE N. 8 SIRACUSA

U.O.C. Medicina Riabilitativa di Siracusa
medprot.sr@asp.sr.it; tel. 0931/484611/4607/4708/4710/4719

U.O.S. Medicina Riabilitativa Lentini-Augusta
medprot.augusta@asp.sr.it tel. 0931/909313/9318 medicinariab.lentini@asp.sr.it; tel. 095/909803/9812

U.O.S. Medicina Riabilitativa di Noto
medprot.noto@asp.sr.it; tel. 0931/890505/510/524

→ **2. Valutazione Clinico-Funzionale**

PROFILO DI AUTONOMIA

DISTURBI COGNITIVI E DEL COMPORTAMENTO (DISCO) *		
PCOC	Descrizione	VCOM - DISCO-
A	Assenza o lievi disturbi cognitivi e del comportamento	0
B	Almeno una delle seguenti condizioni:	1
	Orientamento spazio-temporale compromesso in modo significativo	
	Allucinazioni / delirio	
	Ripetuto abuso verbale (insolenza, minacce...)	
C	Comportamento alimentare alterato	2
	Almeno una delle seguenti condizioni:	
	Alterazione totale del ritmo sonno-veglia	
	Aggressione fisica perpetrata o minacciata ripetutamente	
	Attività motoria aberrante (wandering, tentativi di fuga...)	
	Idee suicidarie manifeste o tentativi di suicidio	

SITUAZIONE FUNZIONALE			
MOBILITÀ		ATTIVITÀ DI BASE	
	PMOB		PADL
si sposta da solo	1	autonomo o quasi	1
si sposta assistito	2	dipendente	2
non si sposta	3	totalmente dipendente	3

LIVELLI DI PROGNOSTICI			
Livello prognostico	PLPR	Livello prognostico	PLPR
Non disabile	1	Disabilità stabilizzata	5
Possibilità di recupero	2	Possibilità di contenimento della regressione	6
Possibilità di miglioramento	3	Disabilità con deterioramento	7
Possibilità di miglioramento con affiancamento costante	4	Assenza di disabilità	8

(Indice Medico di Non Autosufficienza) D.M.I.*			
PDMI	Criteri Assoluti	PDMI	Criteri Relativi
<input type="checkbox"/>	Grave deficit di forza e/o di movimento ad almeno due arti	<input type="checkbox"/>	Modesto deficit di forza e/o di movimento ad almeno due arti
<input type="checkbox"/>	Doppia incontinenza	<input type="checkbox"/>	Incontinenza saltuaria
<input type="checkbox"/>	Piaghe da decubito	<input type="checkbox"/>	Confusione temporo-spaziale episodica
<input type="checkbox"/>	Gravi disturbi del linguaggio e della comunicazione	<input type="checkbox"/>	Disturbi del linguaggio e della comunicazione moderati
<input type="checkbox"/>	Marcata compromissione delle capacità visive e/o uditive non correggibili con protesi	<input type="checkbox"/>	Deficit sensoriali visivi e/o uditivi solo parzialmente correggibili
<input type="checkbox"/>	Malattie in fase terminale (quando si prevede il decesso entro 3-6 mesi)	<input type="checkbox"/>	Turbe vertiginose con tendenza alle cadute
<input type="checkbox"/>	Necessità di terapie multiple e complesse	<input type="checkbox"/>	Patologie croniche di rilievo in compenso labile
		<input type="checkbox"/>	Uso obbligato ma autonomo della carrozzella

SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE					
PSOC		PSOC		PSOC	
1	ben assistito	2	parzialmente assistito	3	non sufficientemente assistito

Note:

3. TIPOLOGIA DI INTERVENTO

Setting	Tipologia di prestazione	Frequenza Settimanale	Durata
<input type="checkbox"/> Domiciliare <input type="checkbox"/> Ambulatoriale			

Medico Medicina Generale/ Dirigente Medico
(Timbro e Firma con Codice Regionale e Iscr. Ordine)