

RICHIESTA PER PROGETTO RITORNARE A CASA

Il Progetto è rivolto esclusivamente a persone con situazioni che necessitano di un livello assistenziale molto elevato.

Si certifica che il paziente:

Sig.re/ra _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ () in via _____

Tel. persona di riferimento _____

Domiciliato c/o Sig.re/ra _____ grado di parentela _____

Residente a _____ () in via _____

Tel. persona di riferimento _____

Si trova nella seguente condizione e/o è affetto/a da (come da riferimento L.R. n. 4/2006 e successive delibere.):

con patologie non reversibili (degenerativa e non degenerative con altissimo grado di disabilità),
indicare le patologie in atto;

gravi patologie degenerative non reversibili in ventilazione meccanica assistita a permanenza 24 h o coma, **indicare le patologie in atto** _____

che a seguito di una malattia neoplastica si trova nella fase terminale, clinicamente documentabile della sua vita, **indicare le patologie in atto** _____

in grave stato di demenza valutato sulla base della scala CDRs (Clinecal Dementia Rating scale) con punteggio 5, **indicare le patologie in atto** _____

dimesso da struttura a carattere sociale e/o sanitario dopo un periodo di ricovero non inferiore a 12 mesi;

con patologie ad andamento cronico degenerativo con pluripatologia (valutate sulla base della scala di valutazione CIRS a 14 item) con indice di severità uguale o maggiore di 3 di cui la patologia principale con punteggio pari a 5, **indicare le patologie in atto**

Si rilascia il seguente certificato ai fini del progetto "Ritornare a Casa".

Data _____

Timbro e Firma del MMG
