



**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 concomitante (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



**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”**

**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...)	
	Comportamento alimentare alterato	
C	Almeno una delle seguenti condizioni:	2
	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	
si sposta da solo	PMOB 1	autonomo o quasi	PADL 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-spatiale 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 uditi 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	PSOC
1	ben assistito	2	parzialmente assistito

Note:

**3. TIPOLOGIA DI INTERVENTO**

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