

Proposta attivazione percorso socio-sanitario

Cognome e nome del Paziente _____ Data di nascita _____
codice esenzione |_|_|_|_|_|_|_|

Provenienza: // Ospedale _____ U.O. _____ // Altra Struttura _____ // Domicilio _____

Data di ricovero _____ Data presunta di dimissione _____

Diagnosi:

Comorbidità:

Abilità antecedenti:

Valutazione funzionale:

Lesioni da pressione (grado e sede)

Terapia:

Percorso di cura proposto:

Allegare consulenze specialistiche effettuate:

Medico Proponente _____ Tel. _____

Data _____

Il Medico _____

(timbro e firma leggibile)