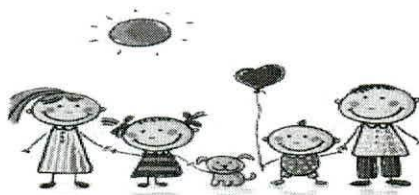




SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

DIPARTIMENTO DEL TERRITORIO  
U.O.S.D. Servizio Territoriale e Pediatria Sociale  
Cure Palliative Pediatriche  
Responsabile Dott. Rocco Orofino



### SCHEDA DI SEGNALAZIONE

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
 domiciliato/a a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
 Per urgenze \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

<b>CONVIVENZA</b>	MADRE	PADRE	FRATELLI (N. )	ALTRO
<b>ASSISTENZA</b>	MADRE	PADRE	FRATELLI	ALTRI
<b>CONDIZ. SOCIO-ECONOMICHE</b>	BUONE	SODDISFACENTI	INDIGENTI	

<b>AUTOSUFFICIENZA</b>	<u>MANGIARE</u> SI NO	<u>VESTIRSI</u> SI NO	<u>IGIENE</u> SI NO	<u>CONTINENZA</u> SI NO
<b>CAPACITA' DI MOVIMENTO</b>	AUTONOMA	CON SUPPORTI		
	CON AIUTO DI ALTRA PERSONA	ALLETTATO		

**DIAGNOSI** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Malattia rara cod.



**TERAPIA FARMACOLOGICA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI**

- Cateterismo vescicale  
 Lavaggio vescicale  
 Tracheostomia  
 Sondino naso-gastrico  
 Ossigenoterapia  
 PEG  
 ALTRO \_\_\_\_\_

**PRESTAZIONE RICHIESTA**

- MEDICA  
 RIABILITATIVA  
 PSICOLOGICA  
 INFERMIERISTICA  
 O.S.S.  
 ALTRO \_\_\_\_\_

**MEDICO PROPONENTE**

- PLS  
 MMG  
 OSPEDALIERO  
 DEL TERRITORIO

**MEDICO**

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**SCHEDA DI CONSENSO** (Da compilarsi da parte del genitore)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

DATA

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

