



Nelle Cure Domiciliari dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con il seguente piano terapeutico:

<i>Farmaci (nome, via di somm., dose/di)</i>	<i>Ausili per medicazione</i>	<i>Ausili per incontinenza</i>	<i>Ausili protesici</i>	<i>Ausili nutrizionali (nome, somm., dose/die)</i>

**Motivo del ricovero:**

**problema di clinico non risolvibile in regime domiciliare (specificare):**

- \*BPCO riacutizzata  \*Scompenso cardiaco cronico riacutizzato  Endocardite  Cirrosi epatica scompensata  Dolore cronico non controllato  Spondilodiscite  \*Sepsi  \*Anemia severa  Demenza con delirium

Altro.....

**Accertamenti strumentali programmati (specificare):**

TC.....Quesito Diagnostico.....

RMN.....Quesito Diagnostico.....

RX.....Quesito Diagnostico.....

Ecografia.....Quesito Diagnostico.....

Scintigrafia.....Quesito Diagnostico.....

**Prestazioni programmabili (specificare):**

- Inserimento PEG
- Sostituzione PEG primo impianto
- Inserimento PICC o Midline
- Cistoclisi
- Tracheostomia
- Drenaggio toracico/toracentesi

Drenaggi addominali/paracentesi

Curettage di lesioni cutanee difficili non eseguibile a domicilio

**Cicli di terapia programmati (specificare):**

Terapia o device per il trattamento del dolore cronico non controllabile a domicilio

Emotrasfusione urgente

Terapia farmacologica non effettuabile a domicilio

DATA \_\_\_\_\_

IL MMG

---

(TIMBRO E FIRMA)