



RICHIESTA DI PRESA IN CARICO IN ASSISTENZA DOMICILIARE

All'attenzione della Responsabile del Centro di ascolto

Dr.ssa Giorgia Gentile Telefono : 06.5349622 – Mail: assistentesociale@ryderitalia.it

Cognome _____	Nome _____	Sesso	· M	· F
Età _____ Luogo e Data di nascita _____				
C.F. _____ Stato Civile _____				
Telefono _____ Email _____ ASL _____				

Familiare di riferimento _____		Grado di parentela _____
Indirizzo _____		Città _____
Recapiti telefonici _____		

Medico curante _____	Telefono _____
Email _____	
Diagnosi _____	Data diagnosi _____
Patologie concomitanti _____	
Attuale terapia _____	

Requisiti necessari per la presa in carico in Assistenza Domiciliare:

- ☐ soggetto con prognosi di sopravvivenza limitata evidenziata da pregressa documentazione clinica
- ☐ superamento di realistiche possibilità di cura specifica chirurgica, chemio e/o radioterapica
- ☐ soggetto che necessita di cure palliative in regime domiciliare
- ☐ soggetto anziano fragile con bisogni complessi

Firma del medico richiedente _____ Telefono _____

Data _____ Firma del familiare _____