

AZIENDA SANITARIA LOCALE "SALERNO 1"

DISTRETTO SANITARIO N° _____

UNITÀ OPERATIVA ASSISTENZA ANZIANI

Sede _____

Tel. _____

Modulo A2

Il paziente Cognome e Nome _____

Nat _____ il ____/____/____ a _____

Residente a _____

Via/piazza _____ n° _____

Tel. _____ Codice fiscale

Può usufruire dell'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) Oncologica, avendo:

A) i seguenti criteri generali di ammissibilità:

- Residenza nel territorio dell'A.S.L. SA 1;
- Età < 65 anni;
- Supporto familiare adeguato o presenza continuativa di un referente, con delega di un familiare, (da ritenere presupposto essenziale per l'erogazione del Servizio A.D.I.);
- Necessità di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa.

B) il seguente criterio clinico di ammissibilità:

- Malattie neoplastiche ed emato-oncologiche in fase preterminale e terminale

(indicare con precisione la diagnosi _____

_____)

Data, Timbro e Firma del M.M.G.

Tel. _____

Cell. _____

Fax _____