ALLEGATO 7 – ATTIVAZIONE ADPv/ADPec

REGIONE PUGLIA – Azienda Sanitaria Locale Provinciale_____DISTRETTO S.S. n._____

ADPv □ ADPec □

Dott…….. codice reg. ……..

Paziente	Codice fiscale	Criteri di ammissibilità* (indicare il numero)	Ossigenoterapia**	Autonomia***	Patologia prevalente	Concause e patologie correlate

Legenda:

***criteri di ammissibilità indicare uno dei seguenti criteri (INDICARE IL NUMERO CORRISPONDENTE):**

1) impossibilità permanente a deambulare;
2) impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni;
3) impossibilità per grave patologia che necessita di controlli ravvicinati sia in relazione alle condizioni socio-ambientali che al quadro clinico.

****ossigenoterapia:** indicare SI o NO.

*****autonomia:** indicare se AUTONOMO, PARZIALMENTE DIPENDENTE, TOTALMENTE DIPENDENTE.

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO