
 <p>Ospedale Maggiore di Lodi Distretti e Presidi Lodigiani</p> <hr/> <p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Lodi</p>	<h2 style="margin: 0;">SCHEDA DI SEGNALAZIONE</h2>	<p><b>Pr.62-Mod 1</b></p> <p>Rev. 0</p>
<p>Piazza Ospitale, 10 - 26900 Lodi</p>	<p><b>Data: 18/10/2017</b></p> <p><b>Pagina 1 di 4</b></p>	

**Direzione Socio Sanitaria**

**Dipartimento Continuità di Cura, Riabilitazione e Fragilità**

**UOC Disabilità ed Integrazione Sociale**

**Resp. Dott.ssa Marisa Pariscenti**

Data di compilazione \_\_\_\_\_

Servizio inviante \_\_\_\_\_

Operatore/i di riferimento \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Altri Servizi coinvolti \_\_\_\_\_

Operatore/i di riferimento \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

***DATI ANAGRAFICI***

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Sesso                    M                    F

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

altri recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Stato civile: Celibe ; Nubile ; Coniugato/a ; Convivente ; Separato/a ; Divorziato ; Vedovo/a

**INFORMAZIONI SANITARIE**



**Diagnosi** \_\_\_\_\_

Medico curante \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Medico specialista o servizio specialistico \_\_\_\_\_

Assunzione farmaci                     SI                     NO Quali \_\_\_\_\_

In modo autonomo                     SI                     NO

 Ospedale Maggiore di Lodi Distretti e Presidi Lodigiani  Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Lodi	<b>SCHEDA DI SEGNALAZIONE</b>	<b>Pr.62-Mod 1</b>  <b>Rev. 0</b>
	Piazza Ospitale, 10 - 26900 Lodi	<b>Data: 18/10/2017</b>  <b>Pagina 2 di 4</b>

Invalidità civile  SI  NO

Giudizio della commissione \_\_\_\_\_

Handicap in stato di gravità L.104/92  SI  NO

Verbale di accertamento degli stati di disabilità L.68/99  SI  NO

**Deambulazione:**  autonoma  con ausilio di.....  assistita

**Comunicazione verbale:**  comprensibile  poco comprensibile  non comunica verbalmente

Titolo di studio \_\_\_\_\_

Conseguito c/o \_\_\_\_\_

Altri attestati \_\_\_\_\_

Attualmente frequenta \_\_\_\_\_

**Il soggetto vive**  Famiglia  Comunità  Centri residenziali handicap  Altro

Se non vive in famiglia indicare:

Denominazione della struttura \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Referente/i \_\_\_\_\_

Data di inserimento \_\_\_\_\_

**Composizione del nucleo familiare**



cognome e nome	età	rapporto di parentela	occupazione	convivente	
				SI	NO
				SI	NO
				SI	NO
				SI	NO
				SI	NO

Care giver \_\_\_\_\_

**Altre figure significative:**

cognome e nome	età	Rapporto di	Indirizzo e telefono
----------------	-----	-------------	----------------------



 <p>Ospedale Maggiore di Lodi Distretti e Presidi Lodigiani</p> <hr/> <p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Lodi</p>	<p><b>SCHEDA DI SEGNALAZIONE</b></p>	<p><b>Pr.62-Mod 1</b></p> <p><b>Rev. 0</b></p>
<p>Piazza Ospitale, 10 - 26900 Lodi</p>	<p><b>Data: 18/10/2017</b></p> <p><b>Pagina 4 di 4</b></p>	

**FIRMA ASSISTENTE SOCIALE TERRITORIALE**

---

**N.B.**

ADESIONE ALLA SEGNALAZIONE ED AUTORIZZAZIONE ALLA RICHIESTA DI VALUTAZIONE  
( **deve firmare l'interessato, a meno che non sia stato nominato un tutore o amministratore di sostegno, pena la decadenza della segnalazione**)

NOME.....

COGNOME.....

luogo, data .....

Firma del soggetto  
(tutore/Amministratore di sostegno)

---

**E' NECESSARIO ALLEGARE:**

- Documentazione sanitaria specialistica;
- Copia del certificato di invalidità civile;
- Copia del verbale della legge 104/92 e legge 68/99 (se presenti);
- Copia del provvedimento di nomina del Tutore, AdS (se presenti).