


Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Pavia	SCHEDA PROGETTO DOMICILIARITA' - AUSILI AD ASSORBENZA MOD05.TER727.DID01.85001/PRO.01	Ed 1 Rev 0 Gennaio 2019
---	--	--

Assistito/a:		Tess. San.		
Comune di residenza:	Via		Telefono	
Familiare di riferimento				
DIAGNOSI CIRCOSTANZIATA:				
	Paziente allettato	SI	NO	
	Portatore di catetere	SI	NO	
	Peso in Kg			
	Altezza in m.			
	Incontinenza	LIEVE	MEDIA	GRAVE
	Altro			

Data.....

Timbro e firma del medico.....

-----da compilarsi da parte dell'ATS/ASL -----

Si autorizzano

N°/die cod.....

N°/die cod.....

N°/die cod.....

Data

Timbro e firma del medico
del Centro Servizi

.....

.....