

Allegato B**Scheda ADT****Dati assistito**

Cognome Nome

Indirizzo Città

C.F. Tel.

Dati medico di famiglia:

Cognome Nome

Indirizzo Città

Diagnosi della patologia acuta:

.....

.....

Diagnosi concomitanti:

1.

2.

3.

4.

Piano Assistenziale:

- Terapia giornaliera

☐

☐

☐

☐

- Interventi assistenziali:

☐

☐

- Prestazioni PIP:

☐

☐

☐

☐

☐

☐

- accessi del medico:

☐

Procedure:

Scheda ADT – Parte II

Firma.

.../.../...

... / ... / ...

... / ... / ...

.../.../... ..

.....

.....

.....

.....

.../.../... ..

.....

.....

.....

.....

.../.../... ..

1. Il mmg entro 24 ore e comunque il giorno successivo (feriale) comunica al distretto l'attivazione dell'ADT inviando la parte 1 della scheda sanitaria.

o Data di invio della comunicazione al distretto :.....

2. Il distretto valida la procedura fatte salve le prestazioni già eseguite
3. A risoluzione dell'evento acuto il mmg invia la scheda completa della parte 2 ovvero del diario clinico con le firme di presenza degli accessi del medico e dell'infermiere ai fini della corresponsione del compenso previsto

Data:

Firma del MMG