

U.O.C. Assistenza alla Persona  
 U.O.C. Assistenza Domiciliare Interdistrettuale

MODULO DI PREVALUTAZIONE TELEMEDICINA						
Nome				Cognome		
				SI	NO	Altro
Rete Internet/Mail						
Cellulare Smartphone N.						
Patologie in atto:						
Problemi visivi / Uditivi						
Quali patologie						
Terapie in atto						
Difficoltà motorie insorte da	< 30 gg	> 90 gg	30 - 90 gg	SI	NO	Altro
Vive con	Coniuge/ Famiglia/ Badante					
	Sostegno famiglia / Amici / Conoscenti					
	Senza sostegno alcuno / O coniuge non in grado					
Servizi Accessori	Usufruisce dei servizi sociali					
	Usufruisce dei servizi ADI					
Dolore	da 1 a 3	da 4 a 6	da 7 a 10	SI	NO	Altro
Fatica a respirare (dispnea)	A riposo					
	Sotto sforzo					
Affetto da Covid	Indicare Periodo (data)			SI	NO	Altro
Accessi in P.S.	Ultimi 7/15 gg					
	Ultimi 60 gg:					
Il giorno						
Alle ore						
Parlato con:						
				SI	NO	Altro
<small>ASL Roma 2 Tel. +39.06.41431</small> Presenza di piano di trattamento dello specialista						
<small>00157 Roma p.va 04734201009</small> Il MMG/PLS è informato?						
Note						
Firma leggibile:						