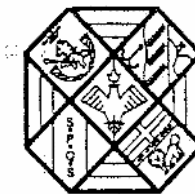




Azienda  
Sanitaria  
Locale

**ROMA**



**Allegato 5**

Regione  
Lazio

**Prevenzione degli effetti delle ondate di calore  
sulla salute della popolazione anziana fragile  
Estate 2007**

**SCHEDA PAZIENTE  
RIEPILOGO PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA  
(da consegnare al Polo di Medicina di Base Distrettuale)**

COGNOME e NOME..... data di nascita.....

Sorveglianza dal ..... al.....

già in **ADP**      SI  NO       già in **ADI**      SI  NO

già in Teleassistenza SI  NO       già in Telesoccorso SI  NO

**Programma di sorveglianza**

attivazione ADP	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	implementazione ADP	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
attivazione CAD per prelievo/ter. iniettiva in 24 h	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	n. richieste .....		
utilizzo "Sportello Ospedaliero"	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	n. richieste .....		
utilizzo accesso preferenziale Poliambulatori	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	n. richieste .....		
Richiesta attivazione Teleassistenza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Richiesta soddisfatta	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Richiesta attivazione Telesoccorso	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Richiesta soddisfatta	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

La sorveglianza è stata interrotta in data \_\_\_\_\_

perché.....

Timbro e Firma del Medico