

SEZIONE MACROAREA LECCE
Via Casotti 13/B
73100 Lecce
Ufficio: 3703443847
Tel. e fax: 0832522328
sezione.lecce@amopuglia.it
www.amopuglia.it
IBAN: IT60D0526216080CC0801231093



Spett.le ASL Lecce

Al Distretto Socio Sanitario di

Servizio assistenza Domiciliare

Oggetto: RICHIESTA DI ASSISTENZA DOMICILIARE ONCOLOGICA (ADO) con Amopuglia

Per il/la signore/a _____

Nato/a _____ il _____

Indirizzo _____

Città _____ Cap _____ Provincia _____

Telefono _____ Altro recapito _____

C.F.: _____ AUSL _____ Distretto SS _____

Esenzione ticket _____ per _____

Diagnosi oncologica _____

Si richiede l'attivazione del servizio di Assistenza Domiciliare Oncologica (ADO) in convenzione ad opera dei sanitari dell'**AMOPUGLIA** Sezione di Lecce.

Data _____

Firma del Paziente (o familiare) _____

Il **Medico di Medicina Generale**, presa visione della documentazione allegata, chiede l'attivazione ADO.

Timbro e Firma del Medico Curante -- _____

Allegati: 1) Lettera dimissioni ospedaliere

2) Relazione clinica dei medici curanti

3) Farmaci e presidi necessari per l'assistenza

N° Accessi Medico _____

Settimanale

N° Accessi Infermiere _____

Settimanale