

**SCHEDA ATTIVAZIONE ADR**

(nei confronti dei soggetti non ambulabili ospiti in residenze non protette o non convenzionate)

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <b>DISTRETTO</b>                                     |   |   |  |
| <b>Medico Proponente</b>                             | <b>Dr.</b>  |   |  |
| <b>Segnalazione</b>                                  | <input type="checkbox"/> MMG  | <input type="checkbox"/> Ospedale (dimissione protetta)                     |  |
|  | <input type="checkbox"/> Hospice  | <input type="checkbox"/> Paziente e/o Familiare                             |  |
|  | <input type="checkbox"/> UVM (multidimensionale)  |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> Strutture residenziali   | <input type="checkbox"/> Servizi sociali                                    |  |
| <b>Paziente</b>                                      | Cognome   |   |  |
|  | Nome  |   |  |
|  | Sesso   | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M                       |  |
|  | Luogo e data di nascita   | Comune e provincia                      data                                |  |
|  | Codice fiscale  |   |  |
|  | Stato civile  | <input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> coniugato/a |  |
|  |   | <input type="checkbox"/> separato/a <input type="checkbox"/> divorziato/a   |  |
|  |   | <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> non dichiarato   |  |
|  | Residenza   |   |  |
| Domicilio di assist.                                 |   |   |  |
| Casa di riposo                                       |   |   |  |
| <b>Motivazione della proposta di attivazione ADR</b> | <input type="checkbox"/> Impossibilità permanente a deambulare (es: portatori di protesi agli arti inferiori con grandi difficoltà a deambulare)  |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> Impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni  |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> Impossibilità ad essere trasportato per gravi patologie che necessitano di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio ambientale che al quadro clinico quali: <ul style="list-style-type: none"> <li>- insufficienza cardiaca in stadio avanzato</li> <li>- insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale</li> <li>- arteriopatia obliterante degli arti inferiori con grave limitazione</li> <li>- cerebropatie e cerebrolesioni, con forme gravi</li> <li>- tetraplegia</li> </ul> |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> Bisogno socio-assistenziale  |   |  |
| <b>Patologia principale</b>                          | _____   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>ICD IX    |  |
|  | _____   |   |  |
|  | _____   |   |  |
|  | _____   |   |  |
| <b>Patologia concomitante</b>                        | _____   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>ICD IX    |  |
|  |   |   |  |
| <b>Accessi mensili proposti (da 1 a 4)</b>           | Mensili n.  | Dal   |  |
|  |   |   |  |

**SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELL'UTENTE**

(ai fini dell'attivazione di assistenza domiciliare)

|   |  |
|---|--|
| <b>Autonomia</b>                            | <input type="checkbox"/> Autonomo  |
|   | <input type="checkbox"/> Parzialmente dipendente                         |
|   | <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente                           |
| <b>Grado di mobilità</b>                    | <input type="checkbox"/> Si sposta da solo (anche con l'aiuto di ausili) |
|   | <input type="checkbox"/> Si sposta assistito                             |
|   | <input type="checkbox"/> Non si sposta                                   |
| <b>Presenza di disturbi cognitivi</b>       | <input type="checkbox"/> Assenti o lievi                                 |
|   | <input type="checkbox"/> Moderati  |
|   | <input type="checkbox"/> Gravi   |
| <b>Presenza di disturbi comportamentali</b> | <input type="checkbox"/> Assenti o lievi                                 |
|   | <input type="checkbox"/> Moderati  |
|   | <input type="checkbox"/> Gravi   |
| <b>Supporto sociale</b>                     | <input type="checkbox"/> Presente  |
|   | <input type="checkbox"/> Parziale/temporaneo                             |
|   | <input type="checkbox"/> Non presente                                    |

**BISOGNI RILEVATI (crocettare il solo bisogno rilevato)**

|  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rischio infettivo   | <input type="checkbox"/> Bronco aspirazione-drenaggio posturale   |  |
| <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia   | <input type="checkbox"/> Ventiloterapia   | <input type="checkbox"/> Tracheostomia   |
| <input type="checkbox"/> Alimentazione assistita   | <input type="checkbox"/> Alimentazione enterale   | <input type="checkbox"/> Alimentazione parentale   |
| <input type="checkbox"/> Gestione della stomia   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Manovre per favorire l'eliminazione urinaria/intestinale            | <input type="checkbox"/> Assistenza per alterazione sonno/veglia  | <input type="checkbox"/> Interventi di educazione terapeutica                                |
| <input type="checkbox"/> Cura di ulcera cutanea di 1° e di 2° grado                          | <input type="checkbox"/> Cura di ulcera cutanea di 3° e di 4° grado                                     | <input type="checkbox"/> Prelievi venosi non occasionali                                     |
| <input type="checkbox"/> E.C.G.  | <input type="checkbox"/> Telemetria   | <input type="checkbox"/> Procedura terapeutica sottocutanea/intra-muscolare/Infusione        |
| <input type="checkbox"/> Gestione catetere centrale  | <input type="checkbox"/> Trasfusioni  | <input type="checkbox"/> Controllo del dolore  |
| <input type="checkbox"/> Bisogni assistenziali relativi allo stato di terminalità oncologica | <input type="checkbox"/> Bisogni assistenziali relativi allo stato di terminalità <b>non</b> oncologica |  |
| <input type="checkbox"/> Trattamento riabilitativo neurologico in presenza di disabilità     | <input type="checkbox"/> Trattamento riabilitativo ortopedico in presenza di disabilità                 | <input type="checkbox"/> Trattamento riabilitativo di mantenimento in presenza di disabilità |
| <input type="checkbox"/> Supervisione continua di utenti con disabilità                      | <input type="checkbox"/> Assistenza nella IADL per utenti con disabilità                                | <input type="checkbox"/> Assistenza nella ADL per utenti con disabilità                      |
| <input type="checkbox"/> Supporto al care giver  |   |  |

Data valutazione \_\_\_\_\_

Firma e timbro del MMG \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALLA AUSL - SINTESI DEL PAI per ADR**

|   |  |                |
|---|--|----------------|
| <b>Programma assistenziale concordato ed eventuali supporti</b> | <input type="checkbox"/> Prestazioni aggiuntive                          |                |
|   | <input type="checkbox"/> Consulti con specialisti (specificare)          |                |
|   | <b>N. accessi mensili MMG</b>  |                |
|   | <input type="checkbox"/> Altro (specificare)                             | n. accessi/ore |
|   | <input type="checkbox"/> Altro (specificare)                             | n. accessi/ore |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare)                    | n. accessi/ore   |                |
| <b>Data Intesa</b>  | Firma del Medico Responsabile Organizzativo Assistenza Domiciliare _____ |                |
| <b>Data Scadenza</b>  |  |                |