

SCHEDA ATTIVAZIONE ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA

(nei confronti dei soggetti non ambulabili)

DISTRETTO		
Medico Proponente	Dr.	
Segnalazione	<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
Paziente	Cognome	
	Nome	
	Sesso	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
	Luogo e data di nascita	<i>Comune e provincia</i> <i>data</i>
	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
	N. componenti del nucleo familiare*	
	E' presente un ass.te non familiare	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Residenza	
Domicilio di assist.		
Recapito telefonico		
Motivazione della proposta di attivazione ADP	<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 (es: paziente non autosufficiente o abitante in un piano alto e senza ascensore)	
	<input type="checkbox"/> Impossibilità ad essere trasportato per gravi patologie che necessitino di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio ambientale che al quadro clinico quali: - insufficienza cardiaca in stadio avanzato - insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale - arteriopatia obliterante degli arti inferiori con grave limitazione - cerebropatie e cerebrolesioni, con forme gravi - tetraplegia	
Patologia principale	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ICD IX

Patologia concomitante	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ICD IX
Accessi proposti	<input type="checkbox"/> Settimanali <input type="checkbox"/> Quindicinali <input type="checkbox"/> Mensili	

* ESCLUSO L'ASSISTITO E L'EVENTUALE ASSISTENTE CONVIVENTE

SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELL'UTENTE

(ai fini dell'attivazione di assistenza domiciliare)

Autonomia	<input type="checkbox"/> Autonomo
	<input type="checkbox"/> Parzialmente dipendente
	<input type="checkbox"/> Totalmente dipendente
Grado di mobilità	<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
Presenza di disturbi cognitivi	<input type="checkbox"/> Assenti o lievi
	<input type="checkbox"/> Moderati
	<input type="checkbox"/> Gravi
Presenza di disturbi comportamentali	<input type="checkbox"/> Assenti o lievi
	<input type="checkbox"/> Moderati
	<input type="checkbox"/> Gravi
Supporto sociale	<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 non 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 ADP

Programma assistenziale concordato ed eventuali supporti	<input type="checkbox"/> Prestazioni aggiuntive	
	<input type="checkbox"/> Consulti con specialisti (specificare)	
	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	
	<input type="checkbox"/> Assistenza infermieristica	n. accessi mensili
	<input type="checkbox"/> Assistenza sociale di base a rilievo sanitario	n. ore settimanali
	Accessi MMG (S=settimanali, Q=quindicinali, M=mensili)	N.
		Frequenza
Data Intesa	Firma del Medico Responsabile Organizzativo Assistenza Domiciliare _____	
Data Scadenza		