

Allegato B

MODULO ATTIVAZIONE/RINNOVO dell'ASSISTENZA DOMICILIARE

ADI ADP ADR (solo per i casi non UVM)

Cognome e nome assistito _____ Data nascita _____

Indirizzo attuale _____ Comune _____ Tel. _____

Eventuali familiari di riferimento _____ Tel. _____

Medico dr./dr.ssa _____ Tel. _____

Il caso è in continuità ospedale - territorio SI NO Segnalato da Ospedale MMG Familiare Altro

RINNOVO DEL PIANO

La situazione sociosanitaria ed i bisogni rilevati sono invariati rispetto al piano precedente SI NO
Se SI, compilare dal punto D.

A) DIAGNOSI

Patologia principale _____
Patologia concomitante _____

Stato terminale	SI	oncologico	non oncologico
	NO		

B) Aspetti rilevanti per l'assistenza

Autonomia	Autonomo	Parzialmente dipendente	Totalmente dipendente
Grado Mobilità	Si sposta da solo (con ausili)	Si sposta assistito	Non si sposta
Disturbi cognitivi	Assenti/Lievi	Moderati	Gravi
Disturbi comportamentali	Assenti/Lievi	Moderati	Gravi
Supporto sociale	Presente	Presente parz. o tempor.	Non presente

Rischio infettivo	E.C.G.
Bronco aspirazione-drenaggio posturale	Telemetria
Ossigenoterapia	Procedura terapeutica sottocutanea/intramuscolo/infusioneale
Ventiloterapia	Gestione catetere centrale
Tracheostomia	Trasfusioni
Alimentazione assistita	Controllo del dolore
Alimentazione enterale	Bisogni assistenziali per terminalità oncologica
Alimentazione parenterale	Bisogni assistenziali per terminalità non oncologica
Gestione della stomia	Assistenza per l'alterazione sonno/veglia
Manovre per favorire l'eliminazione urinaria/intestinale	Interventi di educazione terapeutica
Prelievi venosi non occasionali	Cura di ulcere cutanee di I e II grado
Supporto al care giver	Cura di ulcere cutanee di III e IV grado
Trattamento riabilitativo neurologico in presenza di disabilità	Trattamento riabilitativo ortopedico in presenza di disabilità
Trattamento riabilitativo di mantenimento in presenza di disabilità	Supervisione continua di utenti con disabilità

C) PER LE ATTIVAZIONI/RINNOVI-PERIODICITA' ACCESSI

Data inizio	Data Fine	Accessi M, Q, S, G (n/7)

ED OPERATORI COINVOLTI

Medico Segnalante	Infermiere	Operatore Sociosanitario
Fisioterapista	Medico di comunità	Assistente Sociale
Medico Palliativista	Medico Specialista	Altro

E) ATTIVAZIONE ASSISTENZA FARMACEUTICA DOMICILIARE SI NO

Data _____

Firma e timbro Medico Segnalante

Firma e timbro Medico di Comunità