# 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.

1. **DIAGNOSI**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Patologia principale Patologia concomitante** | | | | | | |
| **Stato terminale** |  | SI |  | oncologico |  | non oncologico |
|  | NO | | | | |

## 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/infusionale |
|  | 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 |

1. **PER LE ATTIVAZIONI/RINNOVI-PERIODICITA’ ACCESSI**

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

1. **OPERATORI COINVOLTI**

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

1. **ATTIVAZIONE ASSISTENZA FARMACEUTICA DOMICILIARE** • SI • NO

Data

Firma e timbro Medico Segnalante Firma e timbro Medico di Comunità

## \* ex allegato H e G come da ACN vigente