

ALLEGATO 1

**MODULO SEGNALAZIONE /RICHIESTA CURE DOMICILIARI DI
BASE**

Fac simile¹

Proposta di intervento domiciliare di

- ***MMG/PLS:***.....
- ***Reparto ospedaliero***
- ***Medico specialista***
- ***Medico del distretto***
- ***Altro(specificare):***

Telefono ambulatorio.....Telefono
cellulare.....

DATI ANAGRAFICI UTENTE													
Cognome:						Nome:							
Luogo di nascita: Data di nascita: //													
Nazionalità: <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Unione Europea <input type="checkbox"/> Extracomunitaria													
Invalidità Civile: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Legge 104/92													
<input type="checkbox"/> maschio Sesso: <input type="checkbox"/> femmina		<input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> coniugato/a o convivente Stato Civile: <input type="checkbox"/> separato/a <input type="checkbox"/> divorziato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> non dichiarato											
Codice Fiscale													
Residenza:						via n.							
<i>compilare solo se il domicilio è diverso dalla residenza</i>						via n.							
Nome sul campanello:													
Recapiti telefonici: 1) 2) _													
MEDICO DI MEDICINA GENERALE O PEDIATRA DI LIBERA SCELTA													
Cognome:						Nome:							
Recapiti telefonici: 1) _____ 2) _____ 3) _____ FAX _____													
DIAGNOSI PRINCIPALE: ICD-CM [][][]													
1 ^a Diagnosi concomitante: ICD-CM [][][]													

¹ Considerare gli aspetti connessi al trattamento dati personali

2 ^a Diagnosi concomitante: ICD-CM _ _ _					
3 ^a Diagnosi concomitante: ICD-CM _ _ _					
RICHIESTA di AMMISSIONE - formulata il ___/___/___ per:					
CONDIZIONE FAMILIARE DEL PAZIENTE: Cognome _____ Nome _____					
Il paziente vive: <input type="checkbox"/> solo <input type="checkbox"/> con il coniuge <input type="checkbox"/> con i figli <input type="checkbox"/> altri					
Numero totale dei figli del paziente: _____		Numero di conviventi (escluso il paziente): _____			
Badante: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si (.....)					
Situazione familiare: <input type="checkbox"/> famiglia collaborante e in grado di fornire assistenza <input type="checkbox"/> famiglia che necessita di aiuto per la cura del paziente <input type="checkbox"/> famiglia incapace o non collaborante <input type="checkbox"/> senza famiglia					
FAMILIARE DI RIFERIMENTO					
Cognome:		Nome:			
Recapiti telefonici: 1) 2)					
Condizioni assistenziali					
Continenza Urinaria: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> pannoloni <input type="checkbox"/> catetere vescicale, tipo _____ data ultimo posizionamento _ _ _ _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/> altro			
Continenza fecale: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
Portatore di stomia: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI modello e misura:					
Accesso Venoso Centrale: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI tipo e gestione:					
Allergie ed intolleranze: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI descrizione:					
Lesioni da decubito: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI sede e grado: ²					
Ossigenoterapia: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI dettagliare:					
Ausili/Protesi: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI specificare:					
Autonomia nelle attività della vita quotidiana:		fare il bagno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> NO
		vestirsi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> NO
		igiene personale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> NO
		spostamenti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> NO
		alimentazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> NO

² In caso di piaghe da decubito valutare l'arruolamento in altri livelli di intensità assistenziale delle cure domiciliari.

ALLEGATO 2

**CURE DOMICILIARI DI BASE: PROPOSTA di PIANO
INDIVIDUALE DI TRATTAMENTO**

Cognome _____ Nome _____ Et� _____ Sesso _____							
PIANO INDIVIDUALE DI TRATTAMENTO							
TRATTAMENTO SANITARIO - INFERMIERISTICO	DATA INIZIO	FREQUENZA ACCESSI			DURATA ACCESSI		DATA DI SCADENZA
		1 ACC. MESE	2ACC. MESE	3 ACC. MESE	15'	30'	
Prelievo ematico							
Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie (es. urine, esame colturale ecc.)							
Terapia iniettiva intramuscolare							
Terapia iniettiva sottocutanea							
Cateterismo vescicale (sostituzione periodica)							
Educazione del caregiver alla attivit� di nursing (cure igieniche, somministrazione di terapie, ecc.)							
Educazione del caregiver alla gestione di derivazioni urinarie							
Educazione del caregiver alla gestione di enterostomia							
Educazione del caregiver alla prevenzione di lesioni cutanee							
Controllo saturazione							
TRATTAMENTO SANITARIO - RIABILITATIVO	DATA INIZIO	FREQUENZA ACCESSI			DURATA ACCESSI	DATA DI SCADENZA	
		1 ACC. MESE	2 ACC. MESE	3 ACC. MESE	30'		
Istruzione all'utilizzo di ausili per la deambulazione							
Educazione del caregiver* all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente							
Educazione del caregiver alla corretta mobilizzazione/corretta postura del paziente							
PRESTAZIONI AIUTO INFERMIERISTICO/TUTELARE	DATA INIZIO	FREQUENZA ACCESSI			DURATA ACCESSI	DATA DI SCADENZA	
		1 ACC. MESE	2 ACC. MESE	3 ACC. MESE	30'		
Igiene e mobilizzazione							
Assistenza tutelare							
Vigilanza su corretta assunzione farmaci							
Somministrazione farmaci per os e registrazione in cartella							

Educazione del care giver						
	Timbro e firma medico					

VALIDAZIONE PIANO ASSISTENZIALE³ MEDICO U.O. DISTRETTUALE COMPETENTE PER LE CURE DOMICILIARI	FIRMA E TIMBRO	DATA
Indicazione case manager: _____ Ruolo: _____		
CONFERMA <input type="checkbox"/> VARIAZIONE <input type="checkbox"/>		
Data di rivalutazione prevista:		

³Si intende quale **Data di valutazione all'ammissione**