

Prova pratica 3

RISPETTO ALLA SCHEDA DI ATTIVAZIONE ADI ALLEGATA, SI CHIEDE AL CANDIDATO DI PRECISARE GLI ELEMENTI SU CUI SI BASA LA VALUTAZIONE AL FINE DELL'AUTORIZZAZIONE DA PARTE DEL RESPONSABILE ORGANIZZATIVO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (A.D.I.) E CURE PALLIATIVE

MODULO DI RICHIESTA ATTIVAZIONE 2019

Proposta motivata di intervento del medico di scelta Dott. _____

Segnalazione effettuata da: MMG ; ospedale ; paziente e/o familiari ; servizi sociali ; volontariato ;
 Hospice; UVM; Strutture residenziali

nei confronti del_ Signor _____ Data di nascita |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Codice Fiscale

Tessera Sanitaria



MOTIVAZIONE DI ATTIVAZIONE ADI

- Oncologico
- Malati terminali AIDS
- Altra patologia terminale
- Gravi fratture in anziani
- Forme psicotiche acute gravi
- Malattie acute temporaneamente invalidanti
- Dimissione protetta da struttura ospedaliera
- Bisogno socio- assistenziale
- Altro _____

PATOLOGIA PRINCIPALE CHE DETERMINA L'ASSISTENZA DOMICILIARE

Patologia principale _____

Patologia concomitante _____

ACCESSI PROPOSTI

01-07 M1-M9 data (GG.MM.AAAA)
|_|/ sett_| |M_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Firma del medico proponente _____ Codice regionale

|_|_|_|_|_|_|_|

È stata effettuata la prima visita integrata? SI in data..... NO
 È stata effettuata la prima visita integrata con palliativista? SI in data..... NO

Medico Palliativista: _____
 Karnofsky Performance Status >50 <= 50
 È stato concordato il progetto assistenziale personalizzato? SI NO
 Il paziente è trasportabile? con mezzi comuni con mezzi straordinari

PROGRAMMA ASSISTENZIALE CONCORDATO ED EVENTUALI SUPPORTI

- Assistenza infermieristica: N° accessi settimanali [][] mensili [][] FIRMA Infermiere _____
- Assistenza sociale di base a rilievo sanitario
- Consulto con specialisti (specificare): _____;

Livello A.D.I.: 1°basso 2°medio 3°alto C pall

ACCESSI SETTIMANALI/MENSILI CONCORDATI:

01-07 M1-M9 data dell'intesa data della scadenza
 []/[] sett [] | M [] [][][][][][][][][] [][][][][][][][][][]

Firma del medico proponente _____ Firma del medico del Distretto _____

VARIAZIONI

Livello [] []/sett [] | M [] [][][][][][][][][] [][][][][][][][][][]

Firma del medico proponente _____ Firma del medico del Distretto _____

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
	<input type="checkbox"/> Parzialmente dipendente (anche con aiuto di ausili)
	<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)

Rischio infettivo	E.C.G.
Bronco aspirazione-drenaggio posturale	Telemetria
Ossigenoterapia	Procedura terapeutica sottocutanea/intramuscolo/infusionale
Ventiloterapia	Gestione catetere centrale
Tracheotomia	Trasfusioni
Alimentazione assistita	Controllo del dolore
Alimentazione enterale	Bisogni assistenziali per terminalità oncologica
Alimentazione parenterale	Bisogni assistenziali per terminalità non oncologica
Gestione della stomia	Trattamento riabilitativo neurologico in presenza di disabilità
Manovre per favorire l'eliminazione urinaria/intestinale	Trattamento riabilitativo ortopedico in presenza di disabilità

Assistenza per l'alterazione sonno/veglia	Trattamento riabilitativo di mantenimento in presenza di disabilità
Interventi di educazione terapeutica	Supervisione continua di utenti con disabilità
Cura di ulcere cutanee di I e II grado	Assistenza nelle IADL per utenti con disabilità
Cura di ulcere cutanee di III e IV grado	Assistenza nelle ADL per utenti con disabilità
Prelievi venosi non occasionali	Supporto al care giver
Firma e timbro del medico	
Data valutazione	

