

<input type="checkbox"/> SCHEDA DI ATTIVAZIONE ASSISTENZA DOMICILIARE RESIDENZIALE (ADR)						
<input type="checkbox"/> SCHEDA DI ATTIVAZIONE ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA (ADP)						
Medico Proponente Dott.:						
SEGNALAZIONE/RICHIESTA DI ATTIVAZIONE proveniente da:						
<input type="checkbox"/> MMG/PLS	<input type="checkbox"/> Ospedale (dimissione protetta)					
<input type="checkbox"/> Hospice (dimissione protetta)	<input type="checkbox"/> Paziente e/o Familiare					
<input type="checkbox"/> UVM (multidimensionale)	<input type="checkbox"/> Strutture residenziali					
<input type="checkbox"/> OSCO	<input type="checkbox"/> Servizi sociali					
<input type="checkbox"/> Medico specialista	<input type="checkbox"/> Ambulatorio CP					
DATI PAZIENTE						
Cognome		Nome				
Lugo di nascita		Data di nascita				
Codice fisc.		Sesso		<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	
Stato civile	<input type="checkbox"/> celibe/nubile	<input type="checkbox"/> coniugato/a		<input type="checkbox"/> vedovo/a		
	<input type="checkbox"/> separato/a	<input type="checkbox"/> divorziato/a		<input type="checkbox"/> non dichiarato		
Componenti nucleo familiare (escluso l'assistito e l'eventuale assistente convivente):					n.	
È presente assistente non familiare			<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO		
Residenza			Se ADR: Indicare denominazione ed indirizzo della Struttura			
Domicilio di assistenza (se diverso dalla residenza)						
Recapito telefonico						
Nel caso di pazienti minori indicare chi ha responsabilità genitoriale (solo una alternativa)		<input type="checkbox"/> Materna	<input type="checkbox"/> Paterna	<input type="checkbox"/> Condivisa	<input type="checkbox"/> Da tutore	<input type="checkbox"/> Struttura Pubblica o convenzionata
MOTIVAZIONE DELLA PROPOSTA DI ATTIVAZIONE ADI						
<input type="checkbox"/> Impossibilità permanente a deambulare (es: portatori di protesi agli arti inferiori con gravi difficoltà a deambulare)						
<input type="checkbox"/> Impossibilità ad essere trasportato 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 con necessità di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione soci ambientale che al quadro clinico) quali: - insufficienza cardiaca in stato avanzato - insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale - arteriopatia obliterante degli arti inferiori con grave limitazione - forme gravi di cerebropatie o cerebrolesioni - tetraplegia						
Patologia prevalente					ICD IX	
Patologia/e concomitante/i						
Accessi proposti MMG:	<input type="checkbox"/> Settimanali num.	<input type="checkbox"/> Quindicinali	<input type="checkbox"/> Mensili	Data richiesta		
Programma assistenziale condiviso in cartella ai sensi della legge 219/2017:				<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Breve sintesi programma:						

SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE dell'assistito/a:		
Autonomia nelle attività quotidiane <i>(alimentazione, igiene personale, vestirsi, uso del bagno)</i>	<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 <i>(delirio, agitazione, ansia, disinibizione, attività motoria aberrante)</i>	<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 <i>(famiglia, vicini, volontariato, privati con oneri a carico della famiglia)</i>	<input type="checkbox"/> Presente	
	<input type="checkbox"/> Parziale / temporaneo	<input type="checkbox"/> Non presente
Presenza di fragilità familiare	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Lesioni cutanee per <u>patologie correlate</u>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Rischio di sanguinamento acuto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
BISOGNI RILEVATI (croccettare il/i solo/i bisogno/i rilevato/i)		

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

Data di valutazione

Timbro e firma del medico

RISERVATO ALLA AUSL: SINTESI DEL PAI (Programma assistenziale concordato)	
Accessi MMG : <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> Q <input type="checkbox"/> M	Consulti con specialisti: <input type="text"/>
Assistenza Infermieristica: accessi / mese n°: <input type="text"/>	
Assistenza sociale di base a rilievo sanitario n. ore settimanali: <input type="text"/>	
Prestazioni aggiuntive: <input type="text"/>	Altro: <input type="text"/>
Data attivazione <input type="text"/>	Firma R.O.A.D
Data scadenza <input type="text"/>	