

SCHEDA DI ATTIVAZIONE A. D. I. CON medico AUSL CP/CP (per pazienti non deambulanti)

LIV. 1 (bassa) LIV. 2 (media) LIV. 3 (alta)

Medico Proponente Dott.:

SEGNALAZIONE 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 Sì NO

Residenza* da indicare sempre _____

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 |
| L'erogatore appartiene alla Rete Cure Palliative | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Ttipologia di Cure palliative | 1 = RLCP (rete locale di cure palliative) 2 = RCCPPTD (rete di cure palliative pediatriche e terapia del dolore) 3 = RLTD (rete locale di terapia del dolore) | |

MOTIVAZIONE DELLA PROPOSTA DI ATTIVAZIONE ADI

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gravi fratture in anziani | <input type="checkbox"/> Malato termin. Oncologico |
| <input type="checkbox"/> Forme psicotiche acute gravi | <input type="checkbox"/> Malato termin. AIDS |
| <input type="checkbox"/> Malattie acute temp. Invalidanti | <input type="checkbox"/> Malato termin. Altra patologia |
| <input type="checkbox"/> Dimiss. Protetta da ospedale | <input type="checkbox"/> Bisogno socio-assistenziale |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | |

Patologia prevalente _____ ICD IX _____

Patologia/e concomitante/i _____

| | | | | |
|--|---|---------------------------------------|----------------------------------|---|
| Accessi proposti MMG/PLS: | <input type="checkbox"/> Settimanali num. _____ | <input type="checkbox"/> Quindicinali | <input type="checkbox"/> Mensili | Data da cui è proposta l'assistenza _____ |
| Medico di Cure Palliative | <input type="checkbox"/> Settimanali num. _____ | <input type="checkbox"/> Quindicinali | <input type="checkbox"/> Mensili | |
| Programma assistenziale condiviso in cartella ai sensi della legge 219/2017: | | | | <input type="checkbox"/> SI <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 |
| Paziente con PAI di Cure di Fine Vita | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Strumento identificazione bisogno CP presente in cartella | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Strumento valutazione multidimensionale presente in cartella | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| BISOGNI RILEVATI (crociare 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 |

Segni e sintomi da tabella in allegato (indicare da uno a cinque segni e sintomi)

| | | | |
|----------------------------|--|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 2 | |
| <input type="checkbox"/> 3 | | <input type="checkbox"/> 4 | |
| <input type="checkbox"/> 5 | | | |

Data di valutazione: _____

Timbro e firma del medico

per le ADI palliative di base :

Timbro e firma del referente medico CP/ CPP

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: [REDACTED] |
| Assistenza infermieristica: accessi / mese n°: [REDACTED] | Prestazioni aggiuntive: [REDACTED] |
| Assistenza sociale di base a rilievo sanitario n. ore settimanali: [REDACTED] | Altro: [REDACTED] |
| Data attivazione [REDACTED] | Firma R.O.A.D |
| Data scadenza [REDACTED] | |