

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

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

**Medico Proponente Dott.:**

**SEGNALAZIONE proveniente da:**

MMG/PLS	Ospedale (dimissione protetta)
Hospice (dimissione protetta)	Paziente e/o Familiare
UVM (multidimensionale)	Strutture residenziali
OSCO	Servizi sociali
Medico specialista	Ambulatorio CP

**DATI PAZIENTE**

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	
<b>Lugo di nascita</b>		<b>Data di nascita</b>	
<b>Codice fisc.</b>		<b>Sesso</b>	
		<b>F</b>	<b>M</b>
<b>Stato civile</b>	celibe/nubile	coniugato/a	
	vedovo/a	vedovo/a	
	separato/a	divorziato/a	
		non dichiarato	

**Componenti nucleo familiare (escluso l'assistito e l'eventuale assistente convivente):** **n.**

È presente assistente **non familiare**                      Sì                      NO

**Residenza**

**Domicilio di assistenza  
(se diverso dalla residenza)**

**Recapito telefonico**

Nel caso di **pazienti minori** indicare chi ha responsabilità genitoriale (solo una alternativa)

Materna	Paterna	Condivisa	Da tutore	Struttura Pubblica o convenzionata
---------	---------	-----------	-----------	------------------------------------

**MOTIVAZIONE DELLA PROPOSTA DI ATTIVAZIONE ADI**

Gravi fratture in anziani	Malato termin. Oncologico
Forme psicotiche acute gravi	Malato termin. AIDS
Malattie acute temp. Invalidanti	Malato termin. Altra patologia
Dimiss. Protetta da ospedale	Bisogno socio-assistenziale
Altro	

**Patologia prevalente**  
ICD IX

**Patologia/e concomitante/i**

<b>Accessi proposti MMG:</b>	Settimanali num.	Quindicinali	Mensili	<b>Data richiesta</b>
------------------------------	------------------	--------------	---------	-----------------------

**Programma assistenziale condiviso in cartella ai sensi della legge 219/2017:**                      **SI**                      **NO**

**Breve sintesi programma:**

<b>SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE dell'assistito/a:</b>		
<b>Autonomia nelle attività quotidiane</b> <i>(alimentazione, igiene personale, vestirsi, uso del bagno)</i>	Autonomo	Parzialmente dipendente
	Totalmente dipendente	
<b>Grado di mobilità</b>	Si sposta da solo (anche con l'aiuto di ausili)	
	Si sposta assistito	Non si sposta
<b>Presenza di disturbi cognitivi</b> <i>(delirio, agitazione, ansia, disinibizione, attività motoria aberrante)</i>	Assenti o lievi	
	Moderati	Gravi
<b>Presenza di disturbi comportamentali</b>	Assenti o lievi	
	Moderati	Gravi
<b>Supporto sociale</b> <i>(famiglia, vicini, volontariato, privati con oneri a carico della famiglia)</i>	Presente	
	Parziale / temporaneo	Non presente
<b>Presenza di fragilità familiare</b>	SI	NO
<b>Lesioni cutanee per <u>patologie correlate</u></b>	SI	NO
<b>Rischio di sanguinamento acuto</b>	SI	NO
<b>BISOGNI RILEVATI (crocettare il/i solo/i bisogno/i rilevato/i)</b>		

	Rischio infettivo		E.C.G
	Bronco aspirazione-drenaggio posturale		Telemetria
	Ossigenoterapia		Terapia sottocutanea/intramuscolo/infusione
	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
	Manovre per l'eliminazione urinaria/intestinale		Trattamento riabilitativo ortopedico
	Assistenza per l'alterazione sonno/veglia		Trattamento riabilitativo di mantenimento
	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

Data di valutazione:                      Timbro e firma del medico

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