

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) Materna Paterna Condivisa Da tutore Struttura Pubblica o convenzionata

L'erogatore appartiene alla **Rete Cure Palliative** SI 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: SI 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 <i>patologie correlate</i>	<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 (crocettare 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/PPP

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]	